



ژلوفن

روماتولوژی

ویرایش ۱۴۰۰



کپی کردن کتاب مصدق عینی دزدی است؛
استفاده از فایل کتاب مصدق عینی دزدی است؛
شما دزد نیستید!

پس کتاب را کپی نکنید، از فایل‌های غیرقانونی استفاده نکنید
و سارقین مجازی را معرفی کنید تا جامعه سالم بماند.

مؤلفین: علی الهی پرست، فاطمه موسوی

مدیریت تدوین: دکتر صادق شفائی، دکتر سارا آریان

مؤسسه آموزشی دانش آموختگان تهران

انتشارات طبیبانه

۱۴۰۰



اطلاعات رکورد کتابشناسی:	عنوان و نام پدیدآور :
فیبا ۷۷۲۹۷۵۵	شماره کتابشناسی ملی :
رده بندی دیوبی:	رده بندی کنگره :
RC۹۲۷	رده بندی کنگره :
۶۱۶/۷۲۳۰۷۶	رده بندی دیوبی :
فیبا	اطلاعات رکورد کتابشناسی:
موسسه آموزشی دانش آموختگان تهران	شناسه افزوده :
آریان، سارا، ۱۳۷۲ -	شناسه افزوده :
Shafaei, Sadegh	شناسه افزوده :
شفایی، صادق، ۱۳۶۷ -	شناسه افزوده :
موسوی، فاطمه، ۱۳۷۵ -	شناسه افزوده :
Rheumatology -- Examinations, questions, etc	موضوع :
Rheumatology -- Study and teaching	موضوع :
روماتیسم‌شناسی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها	موضوع :
روماتیسم‌شناسی -- راهنمای آموزشی	موضوع :
فیبا	وضعیت‌فهرست‌نویسی :
۹۷۸-۶۲۲-۷۵۰-۵-۶۸-۹	شابک :
۶۰ ص.؛ ۳۹×۲۲ س.م.	مشخصات ظاهری :
تهران: طبیبانه، ۱۴۰۰	مشخصات نشر :
میریت تدوین صادق شفائی، سارا آریان؛ [برای] موسسه آموزشی دانش آموختگان تهران.	الهی‌پرست، علی، ۱۳۷۵ -



ڙلوڻن روماتولوڙي

مؤلفین: علی الہی پرست، فاطمہ موسوی

ناشر: طبیبانه

چاپ: مجتمع چاپ و نشر پیشگامان

مدیر تولید محتوا و صفحه‌آرایی: فاطمه عمومی

صفحه‌آرای دپارتمان تولید

طراح جلد: آذین کریمی

نوبت چاپ: اول ۱۴۰۰

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

قيمت: ٦٠٠٠٠ تومان

قیمت در بسته مازور: ۴۶۰۰۰ تومان

شابل: ۸۸-۵-۷۵۰۷-۷۵

شابک دوره: ۹-۸۷-۰۵

تلفن: ۰۲۱ ۶۶۴۰۶۱۷۰ - ۰۲۱ ۰۲۳۱ ۵۸۵۳۵۹۳ - همکف ۲، پلاک سرود، بن بست روانمehr، خیابان کارگر جنوبی، تهران، میدان انقلاب

وب سایت: edutums.ir

تمام حقوق مادی و معنوی این اثر برای ناشر محفوظ است. مطابق قانون اقدام به کمی کتاب به هر شکل (از جمله کپی کاغذی یا انتشار در فضای مجازی) شرعاً حرام و قانوناً جرم محسوب شده و حق پیگیری و شکایت در دادگاه برای ناشر محفوظ است.

راهنمای استعمال ژلوفن

دوباره سلام!

۱) چرا دوباره؟ یادت میار علوم پایه داشتی و با سبب سبز کپل شده بودی؟ روز آفر که قبول شدی و داشتی می‌رفتی بت گفتیم برو دوباره میایم سراغت! الوعده وفا! اومدیم تا سر امتحان پره‌انترنی اون ۴۴ تا موى باقى موذنه تو هم بپرینیم و به عنوان یه



complete kachal

۲) ژلوفن چیه دقیقاً؟ آگه بفواام فیلی دقیق بگم میشه «سبب سبز پره‌انترنی». یعنی یه کتاب «آموزش مبتنی بر تست دروس بالینی جهود آمارگی امتحان پره‌انترنی».

۳) تفاوت ژلوفن با مابقی منابع چیه؟ در مورد منابع دیگه نظری نداریم ولی ژلوفن با این ویژگی‌ها اومده:

۱- محتوای آموزشی براساس رفرنس‌های جدید

۲- منبع مناسب تست‌زنی بر اساس آزمون‌های کشوری برگزار شده

۳- آموزش منظم و طبقه‌بندی شده‌ی مباحث

۴- تعیین اهمیت مباحث و انتقاب مهم براساس میزان اهمیت

۵- برنامه‌ریزی و مشاوره‌ی آموزشی دائم

۶) ژلوفن پهپوری تولیف شده؟ اینپوری

اول از همه، سوالای تمام ادوار پره‌انترنی از کشوری گرفته تا قطبی (از سال ۹۳) رو جمع و دسته‌بندی کردیم، ریز به ریز مشخص کردیم که توى هر درس، هر مبحث پندر سوال داره و بعدش اون مبحث رو با پندر تست نمونه، پهپوری تدریس کردیم که تمام سوالا رو جواب بده. به عنوان مثال مبحث IBD توی گوارش ۴۰ تا تست داشته، با کمک ۸ تا تست مبحث رو پهپوری تدریس کردیم که هر

۷) تا سوالش رو بتونی جواب بدی

۸) مابقی سوالاتکه رفتن؟ آگه می‌فواستیم همه‌ی سوالا رو پیاریم همچ کتاب پندر برابر می‌شد بدون اینکه هیچ نکته‌ی آموزشی جدیدی بفونی. پس تموم سوالای هر درس با تعیین قطب مربوطه و طبقه‌بندی کامل و جواب کلیدی رو گذاشتیم توى یه کتاب تست تمرینی دافل اپلیکیشن طبیانه و می‌تونی بپی اونها هر پقد که دلت فواست تست بزنی! آگه وقتت کمه هیچ ازامی نیست که بپی به اپلیکیشن. اصل

کار، تسلط به محتوای آموزشیه که توى ژلوفن انجام شده. تست تمرینی میشه مکالمه کاری

۹) ژلوفن بر اساس ۱۳۴ امتحان قطبی و کشوری تولیف شده؛ پس فیالات، اهت که هم به سوالای قطب فورت و هم کشوریا مسلط

میشی.

۱۰) اول هر مبحث یه «جدول معرفی مبحث» گذاشتیم که توش تعداد سوالات کشوری اون مبحث و اهمیتش رو نوشته. اهمیت مبحث بر اساس تعداد سوالات ادوار افیر، تعداد سوالات کشوری، همچ مبحث و میزان بازدهی مبحث از نظر سفتی و آسونی سوالات تعیین شده.

با کمک چهارول اهمیت مبحث می تونی تضمین بگیری کجاها بیشتر وقت بذاری، یعنی همون مباحث فیلی موم و آگر وقت کم بود، کجاها رو زودتر ازش رو بشی مثل مباحث غیرموم.

۱) جیم ژلوفن چویریه که میشه به عنوان یه منبع واسه امتحانات پایان بخش هم بوش نگاه کرد. توی پره هم می تونه بجت کمک کنه که از پاس تا رتبه رو باهاش بیاری! اما در هر صورت همیشه باید زرنگی رقیبا، فراموشی، نقایص مفتوابی احتمالی و تعداد کم سوالات جدید هر ترم رو هم در نظر بگیری. واسه منبع مرور و آزمون دادن هم یه فکرای بکری کردیم که همه دارن انجام میشن و به وقت اطلاع سانی میشن. بسته‌ی آمادگی برای امتحان کتابش اومده بقیه شم داره تکمیل میشه

۲) مطمئن‌کار ما هنوز ایرادی زیادی داره که فقط با کمک شما بعتر میشه. پس بی تعارف منتظر فیدبکت هستیم. فیلی فیلی ممنون میشیم آله هر ایرادی توی هر زمینه‌ای می‌بینی بگی

۳) با خرید کتاب ژلوفن بازم خداحافظی نمی‌کنیم. ما تا ابد عضو خانواده‌ی دانشجویان پزشکی ایم! پس با هم هستیم و واسه ارتقای آموزش پزشکی به هم‌دیگه کمک می‌کنیم. یادت باشه واسه پره هم یه بخش مهمی از کارمون توی کنال تلگرامه و تا روز آفر با همیم! روز آفر پره نه! روز آفر پزشکی. اصن مگه پزشکی آفرم داره؟!

@pre_interni

کنال مشاوره‌ی آموزشی پره‌انترنی

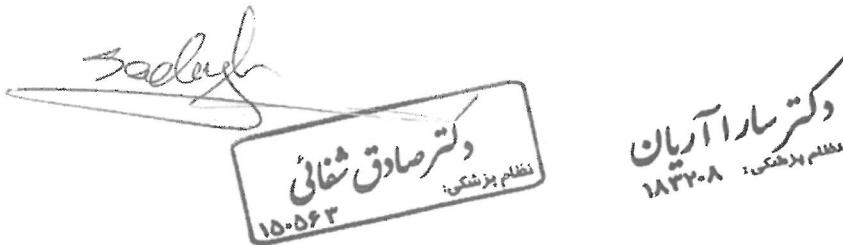
@edutums

آکانت فرید مصقولات

@pre_interni_admin

فیدبک و اعلام همکاری

هالا برو سر درست. بیینیم پقد می‌ترکونی!



فهرست مطالب

۷	برخورد با اختلالات مفصلی
۱۱	استئواًرتریت
۱۵	آرتریت روماتوئید
۲۰	لوبوس و شوگرن
۲۵	سندروم آنتیبادی آنتیفسفولیپید (APS)
۲۷	اسکلرودرمی
۳۱	اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها
۳۵	میوپاتی‌های التهابی
۳۹	واسکولیت
۴۲	کریستالوپاتی‌ها
۴۵	آرتریت سپتیک
۴۹	درد کمر و گردن
۵۵	اختلالات اطراف مفصلی
۶۰	فیبرومیالژیا

@tabadol_jozveh_pezeshki

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
برخورد با اختلالات مفصلی	مم	۱

- ۱ در اختلافات عضلانی اسکلتی باید به چند سوال مهم جواب بدم:
تمام موارد زیر به نفع درد مفصلی است بجز:
(پره‌انترنی شهریور ۹۶ - قطب مشهد)
- ۲ درد عمیق و منتشر
- ۳ محدودیت حرکات فعال بیشتر از غیرفعال (locking)
- ۴ قفل شدن (locking)
- ۵ کریپتوس

در برخورد با اختلالات عضلانی اسکلتی باید به چند سوال مهم جواب بدم:

پاسخ ۷ درد مفصلی است یا خارج مفصلی؟

باید برای تشخیص مفصلی بودن درد به چند نکته توجه کنیم که تو جدول پایین می‌بینی:

درد با منشأ خارج مفصلی	درد با منشأ مفصلی	کیفیت و محل درد و تندرنس
تندرنس در فضای خارج مفصلی (point tenderness)	معمولًاً عمیق و منتشر	
محدودیت حرکات Active	محدودیت در حرکات Active و Passive	محدودیت حرکتی
- ندارد	دارد	کربیتاسیون، دفورمیتی، قفل شدن مفصل
-	تورم مفصلی	علائم مفصلی دیگر

- ۲ مرد ۴۵ ساله‌ای به علت درد یک ماهه شانه‌ی راست مراجعه کرده است. حرکات پاسیو مفصل طبیعی و ابداکسیون فعال شانه در دنایک است. محتمل‌ترین علت مشکل این بیمار کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵ - قطب تهران)
- ۱ رسوب کریستال ۲ میکروتروما
- ۳ بیماری اتوایمیون ۴ آرتیت و اکنثی

۷ حاد است یا مزمن؟ درد کمتر از ۶ هفته حاد و بیشتر از ۶ هفته مزمن است.

پاسخ ۷ التهابی است یا غیر التهابی؟

درد التهابی علاوه بر علائم مفصلی، علائم سیستمیک و یافته‌های آزمایشگاهی مختل دارد، در صورتی که درد مکانیکال و غیر التهابی معمولًا بدون علائم مفصلی، سیستمیک و تغییرات آزمایشگاهی است؛ مقایسه‌شون رو پایین بینیم ۷

درد غیرالتهابی و مکانیکال	درد التهابی	مثال
تروما، بورسیت، استئوآرتیت، فیبرومیالژی و ...	آرتیت عفونی، آرتیت روماتوئید، لوپوس و ...	
درد، معمولًا بدون اریتم، گرمی و تورم	درد، اریتم، گرمی، تورم	علائم مفصلی
کوتاه و کمتر از نیم تا یک ساعت	طولانی و بیشتر از یک ساعت	خشکی صبحگاهی
تشدید با فعالیت و بهبود با استراحت	تشدید با استراحت و در شب، بهبود با فعالیت	اثر فعالیت و استراحت
ندارد	خستگی، تب، راش، کاهش وزن	علائم سیستمیک
طبیعی	افزایش ESR و CRP و آنمی نرم‌کروم نرم‌وسیتیک و ...	آزمایشات

پاسخ	سؤال	۱	۲
		ب	ب

پنج لوگال (تک مفصلی) است یا منتشر (چند مفصلی)؟

در درگیری مفصلی اگر یک مفصل درگیر باشد؛ مونوآرتیکولر، اگر ۲-۳ مفصل درگیر باشد؛ الیگوآرتیکولر و اگر بیشتر از ۳ مفصل درگیر باشد پلیآرتیکولر است. حالا که چهار سوال مهم در برخورد با آرتربیت رویاد گرفتی، بیا بريم مثال هاش رو بگم ۷

- ۱ برای مرد ۳۵ ساله با آرتربیت حاد مچ پای راست، کدام تشخیص کمتر مطرح است؟
(پراهانترنی شهریور ۹۷- قطب کرمان و تهران)
- ۲ آرتربیت روماتوئید
- ۳ آرتربیت سپتیک
- ۴ آرتربیت کریستالی
- ۵ آرتربیت واکنشی

۶ آرتربیت غیرالتهابی ۷ استئوآرتربیت، آرتربیت شارکو، استئونکروز و هموکروماتوز.
۸ مونوآرتربیت التهابی حاد ۹ نقرس، آرتربیت سپتیک، نقرس کاذب، آرتربیت راکتیو.

۱۰ پلیآرتربیت التهابی حاد ۱۱ آرتربیت روماتوئید، آرتربیت سپتیک چند مفصلی، بیماری سرم، آرتربیت وایرال، لوپوس دارویی.

۱۲ مونوآرتربیت و الیگوآرتربیت التهابی مزمم ۱۳ آرتربیت راکتیو، آرتربیت پسوریازیسی، مونوآرتربیت سلی.

۱۴ پلیآرتربیت التهابی مزمم قرینه ۱۵ آرتربیت روماتوئید، لوپوس، اسکلرودرمی، پلیمیوزیت، وایرال، نقرس مزمم، نقرس کاذب و Poncet's dis-ease در سل.

۱۶ پلیآرتربیت التهابی مزمم غیرقرینه ۱۷ آرتربیت پسوریاتیک، آرتربیت واکنشی، آرتربیت انtrapویاتیک.

۱۸ آرتربیت مهاجر ۱۹ تب روماتیسمی، آرتربیت گنوکوکی، آرتربیت وایرال، آرتربیت بیماری ویپل.

- ۱۰ خانم ۳۶ ساله با شکایت از درد دستها مراجعه می کند. در معاینه پلیآرتربیت قرینه مفاصل کوچک دستها دارد. کدامیک از موارد زیر جزء تشخیص افتراقی ها نیست؟ (پراهانترنی اسفند ۹۶- قطب تهران)

- ۱۱ بیماری ویپل
- ۱۲ آرتربیت روماتوئید
- ۱۳ لوپوس
- ۱۴ آرتربیت وایرال

پنج آنالیز مایع مفصلی

اولین اقدام در مونوآرتربیت و تورم مفصلی حاد، شک به آرتربیت عفونی و کریستالوپاتی و ترومما آسپیراسیون مایع مفصلی و آنالیز نتایج آن از نظر ظاهر، چسبندگی (ویسکوزیته)، تعداد و نوع سلول و گاهی کشت است. مواردی مثل گلوكز، پروتئین و LDH ارزش چندانی ندارند. جدول زیر تمام نکاتی که تا آخر ژلوفن روماتولوژی از مایع مفصلی باید بدونی رویکجا داره ۷

- ۱۵ کدامیک از گزینه ها، خصوصیات مایع مفصل طبیعی است؟ (پراهانترنی دی ۹۹- میاندوره کشوری)

- ۱۶ ۵۰۰۰-۲۰۰۰ WBC با PMN ۲۰ درصد
- ۱۷ ۱۰۰۰ > WBC با PMN ۵۰ درصد
- ۱۸ WBC > ۲۰۰ با ارجحیت لنفوسیت ها
- ۱۹ WBC > ۲۰۰ با ارجحیت نوتروفیل ها

۵	۴	۳	سؤال
ج	الف	الف	پاسخ

نوع	مثال	ظاهر	چسبندگی	تعداد WBC	ارجحیت سلولی
طبیعی	طبیعیه دیگه!	شفاف، زرد کمرنگ	عادی	کمتر از ۲۰۰	بیشتر تک هسته‌ای / PMN < ۱۰%
غیرالتهابی	استئواً آرتربیت، تروما	شفاف تا اندکی کدر	عادی	کمتر از ۲۰۰۰	بیشتر تک هسته‌ای / PMN < ۳۰%
التهابی غیرعفونی	آرتربیت روماتوئید، نقرس	شدیداً کدر	کاهش یافته	۲۰۰۰-۵۰۰۰	%۷۰ PMN حدود
	آرتربیت باکتریایی	شدیداً کدر	کاهش یافته	بیشتر از ۵۰۰۰	%۹۰ PMN حدود
عفونت	آرتربیت سلی یا قارچی	کدر	کاهش یافته	۱۰۰۰۰-۳۰۰۰	PMN حدود %۵۰-۷۰

۲ کدامیک از تشخیص افتراقی‌های زیر برای مایع مفصلی همراهی کمتر مطرح است؟
(پرهانترنی تیر ۹۷- میان دوره‌ی کشوری)

- ۱ کوآگولوپاتی
- ۲ آرتروپاتی شارکو
- ۳ آرتربیت روماتوئید
- ۴ تروما

پاسخ ۲ مایع مفصلی خونی یا همارترroz چهار تشخیص مهم دارد:

۱ ضربه

۲ کوآگولوپاتی (اختلالات انعقادی مثل هموفیلی)

۳ کنسر

۴ آرتروپاتی شارکو (آرتربیت نوروپاتیک)

۳ اگر $PMN > 75\%$ بود، باید مایع رو زیر میکروسکوپ از نظر وجود بلور و کریستالوپاتی بررسی کنیم. اگر بلور نداشت، از نظر کشت و رنگ آمیزی بررسی می‌کنیم.

۴ جهت تشخیص کدامیک از بیماری‌های موسکولوسکلتال زیر استفاده از اولتراسوند (سونوگرافی) کابردی ندارد؟ (پرهانترنی خرداد ۹۸- میان دوره‌ی کشوری)

- ۱ کیست بیکر
- ۲ پارگی تاندون روتاتور کاف
- ۳ سندروم تونل کارپ
- ۴ سینوویت ویلوندولاپ پیگمانه

پاسخ ۴ بریم یه کوچولو در مورد روش‌های تصویربرداری در بیماری‌های مفصلی بخوبیم:

▼ سونوگرافی برای تشخیص اختلالات بافت نرم مانند تاندینیت، تنوسینوویت، انتزیت، بورسیت، کیست بیکر، آسیب تاندون، سندروم تونل کارپ و پارگی روتاتور کاف مناسب است. پس تو سؤال رو برو جواب داله؛ سینوویت ویلوندولاپ پیگمانه، یک بیماری نادر و پرولیفراتیو خوش‌خیم غشای سینوویال مفاصل، غلاف تاندون و بورس مفصلی است. برای تشخیص این بیماری، از معاینه، MRI و آرتروسکوپی استفاده می‌کنیم و سونوگرافی کابردی ندارد.

▼ رادیوگرافی ساده هم در مواردی مانند سابقه تروما، شک به عفونت مزمن، ناتوانی پیشرونده، درگیری تک مفصلی و ارزیابی اولیه بیماری‌های مزمن استفاده می‌شود.

سوال	۶	۷
پاسخ	ج	د

۴ تراکم استخوان (BMD: Bone Mineral Density)

تست BMD یا تراکم استخوان تست مناسبی برای غربالگری استئوپروز است که بررسی آن در گروههای زیر لازم است:

• همه خانم‌های بالای ۶۵ سال و آقایان بالای ۷۰ سال

• خانم‌های جوان‌تری که یائسه شدن یا در بازه menopausal transition هستند.

• آقایان بین ۵۰-۶۹ سال که ریسک فاکتورهای بالینی شکستگی را دارند.

• شکستگی بدون ترومای بعد از ۵۰ سالگی.

• بالغین مبتلا به بیماری‌هایی که باعث کاهش حجم استخوان می‌شوند مثل آرتربیت روماتوئید یا مصرف روزانه حداقل ۵ میلی‌گرم پردنیزولون به مدت حداقل ۳ ماه.

در کدامیک از افراد زیر بررسی تراکم استخوان

-۹۶ (BMD) توصیه نمی‌گردد؟ (پرهاترنی اسفنده)

قطب زنجان)

۱ خانم یائسه‌ی ۶۵ ساله

۲ آقای ۴۰ ساله با سابقه‌ی مصرف پردنیزولون

۳ روزانه به مدت دو ماه ۵mg

۴ آقای ۴۵ ساله مبتلا به آرتربیت روماتوئید

۵ آقای ۶۰ ساله با سابقه‌ی شکستگی لگن بدون

ترومادر ۵۰ سالگی

۵ تست تراکم استخوان با توجه به دو معیار T و Z تفسیر می‌شود.

Tscore \Rightarrow دانسیته‌ی استخوان بیمار را با شخص سالم ۳۰ ساله از همان جنس مقایسه می‌کند.

استئوپنی \Rightarrow $-2.5 < T\text{-score} < -1$

استئوپروز \Rightarrow $T\text{-score} < -2.5$

Zscore \Rightarrow دانسیته‌ی استخوان بیمار را با فردی همسن و هم‌جنس مقایسه می‌کند. این امتیاز اگر از ۲.۵- کمتر باشد، ریسک شکستگی در بیمار بالا می‌رود.

تست تمدینی منتظره.

۱ کدامیک از موارد زیر معیار تشخیصی

پوکی استخوان است؟ (پرهاترنی میان‌دوره‌ی

اردیبهشت ۹۷)

T-score ≤ -2.6

Z-score = -1.5

Z-score = -1 همراه با T-score = -2

Z-score = -2.5

اولین تاثیر فقر کشتن قدر است؛

یعنی اگر شما به اندازه‌ی کافی برای حیات خود پول نداشته باشید بردۀی

بی‌افتیار پول نواهید شد،

همان شرایطی که طبقه‌ی متوسط به آن گزران زندگی می‌گویند

بورج اورول

	۹	۸	۷	سوال
پاسخ	الف	ب	پاسخ	

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
استئوآرتیت	مهم	۱۴

استئوآرتیت (OA) یا آرتروز شایع‌ترین بیماری مفصلی است که به دنبال افزایش فشار به مفصل و برهم خوردن تعادل بین غضروفسازی و تخریب آن ایجاد می‌شود. چاقی، حرکات فیزیکی نامناسب و ... می‌تواند بار اضافی به مفصل وارد کند. استئوآرتیت دو نوع اولیه و ثانویه دارد.

شایع‌ترین بیماری استخوانی، استئوپروز است.

- ۱ در پاتوژن‌ز استئوآرتیت کدامیک از عوامل زیر نقش دارد؟ (پرهاترنی اسفند ۹۳- قطب آزاد)
 - ۱) فعال شدن اینمی سلولار
 - ۲) افزایش Nitric Oxide
 - ۳) فعال شدن اینمی هومورال
 - ۴) افزایش TGF-β

پنج پاتوژن‌ز استئوآرتیت

دو عامل اصلی ایجاد استئوآرتیت شامل افزایش آسیب‌پذیری مفصل و افزایش فشار وارده به مفصل است. یکی از فاکتورهایی که در آسیب مفصلی نقش داره، سیتوکاین است؛ سیتوکاین‌هایی مثل IL1 و TNFα با افزایش تولید پروستاگلاندین E2 و NO ساخت ماتریکس غضروف رو سرکوب می‌کنن.

شایع‌ترین روماتوئید التهابی نیست و التهاب، عارضه‌ی ثانویه به استئوآرتیت است.

- ۲ تمام موارد زیر جزء ریسک فاکتورهای اوستئوآرتیت می‌باشد، به جزء: (پرهاترنی دی ۹۹- میاندوره‌ی کشوری)
 - ۱) چاقی
 - ۲) سن بالا
 - ۳) اوستئوپروز
 - ۴) جنس زن

پنج ریسک فاکتورهای استئوآرتیت

۱) سن بالا مهمنترین ریسک فاکتور استئوآرتیت است که سن بالا در استئوآرتیت نوع اولیه و سن پایین در ثانویه مهم است.

۲) جنس مونث مخصوصاً در منوپوز که استروژن کم می‌شود.

۳) چاقی در خانم‌ها نقش پر رنگ‌تری دارد.

۴) ژنتیک

۵) استفاده‌ی مکرر از مفصل

۶) ناهنجاری‌های مفصلی مثل آرنوواروم و آرنووالگوم.

۷) تراکم بالای استخوان

۸) تغذیه

۹) استعداد آناتومیکی؛ برای مثال در نژاد قفقازی، استئوآرتیت هیپ شایع‌تر است.

۱۰) عمل جراحی و آسیب مفصلی مثل جراحی منیسک.

پاسخ	سؤال	۱	۲
ج	پاسخ	ب	ج

۴ بیشترین مفاصل در گیر در استئوآرتربیت

- ۱ مفصل زانو و سپس هیپ شایع ترین ها
- ۲ مفاصل پروگزیمال (PIP) و دیستال (DIP) انگشتان دست که باعث به ترتیب دفورمیتی گره بوشارد و هبردن می شود
- ۳ مفصل کارپومتاکارپ (CMC) اول دست
- ۴ مفصل متاتارسوفالانثیال (MTP) اول پا
- ۵ مهره های گردی و لومبوساکرال
- ۶ یادت باشہ معمولاً مج دست و پا در استئوآرتربیت در گیر نمیشون.
- ۷ بیشترین محدودیت حرکت مفصل هیپ در چرخش داخلی است.

۱ استئوآرتربیت در کدامیک از مفاصل زیر شایع است؟ (پرهاترنی میان دوره اردیبهشت ۹۶)

قطب اصفهان)

۲ مفصل مج پا

۳ مفصل مج دست

۴ ستون فقرات توراسیک

۵ مفاصل بین انگشتی پروگزیمال

۵ تظاهرات بالینی استئوآرتربیت

- ۱ درد: شایع ترین علامت استئوآرتربیت است که با فعالیت بدتر میشود؛ درد شبانه و استراحتی رو تو مراحل پیشرفتی استئوآرتربیت می بینیم که البته باید تشخیص های دیگه رو هم مد نظر داشته باشیم.
- ۲ درد در استئوآرتربیت از غضروف مفصل نیست، بلکه با گذشت زمان به دنبال آسیب ساختمان های خارج غضروفی ایجاد میشود مثلاً کشیدگی کپسول مفصلی، ادم مغز استخوان، التهاب سینوویوم و...

۱ کدامیک از موارد زیر در استئوآرتربیت عامل

ایجاد درد نیست؟ (پرهاترنی اسفند ۹۶ - قطب اهواز)

۲ التهاب بافت سینوویال و کپسول مفصلی

۳ میکروفراکچر متعدد استخوان ساب کندرال

۴ اسپاسم عضلانی و کشش لیگامانها

۵ ادم و تخریب ماتریکس غضروف مفصلی

۶ خشکی صبحگاهی کمتر از ۳۰ دقیقه (morning stiffness)

- ۱ کریپتاسیون و صدای ترق تروق در حرکات مفصلی.
- ۲ افیوژن مفصلی به خصوص در زانو
- ۳ خشکی گذرای مفصل در طول روز به دنبال بی حرکتی کوتاه مدت مفصل (gelphenomenon)
- ۴ ژنواواروس (زانو پرانتزی)
- ۵ همراهی با پارگی منیسک
- ۶ تست شراغ مثبت در استئوآرتربیت پاتلوفمورال؛ با فشار ما روی پاتلای بیمار و انقباض فعالانه ای عضله ای چهار سر ران، بیمار از درد دادش میره هوا و ما هم کریپتاسیون مفصلی رو حس می کنیم.

۱ کدام گزینه با استئوآرتربیت بیشتر مطابقت

دارد؟ (پرهاترنی اسفند ۹۵ - قطب تهران)

۲ زن ۴۰ ساله با درد و تورم مزمن مج دستها و آرنجها

۳ مرد ۶۵ ساله با حملات تورم زانوی راست

۴ زن ۵۸ ساله با درد مزمن زانوها و خشکی صبحگاهی ۱۵ دقیقه ای

۵ مرد ۲۵ ساله با درد و تورم ۲ هفته ای مج پای چپ و زانوی راست

پاسخ	۵	۴	۳	سؤال
	ج	د	د	پاسخ

۶۸ ساله با درد و کریپتاسیون هر دو زانو از دو سال قبل و افیوژن متوسط زانوی راست آمده است. CRP منفی: ۲۰، در آنالیز مفصلی $WBC=800$ دارد. کدام تشخیص مطرح است؟ (پرهانترنی اسفند ۹۴-قطب کرمانشاه)

- ۱ استئوآرتربیت
- ۲ آرتربیت روماتوئید
- ۳ فیبرومیالژی
- ۴ آرتربیت سپتیک

۱ کدامیک از موارد زیر در مورد اندیکاسیون انجام رادیوگرافی در تشخیص استئوآرتربیت صحیح نیست؟ (پرهانترنی شهریور ۹۷-قطب مشهد)

۲ تشخیص استئوآرتربیت زانو فقط بالینی است و نیاز به انجام رادیوگرافی ندارد.

۳ در تشخیص استئوآرتربیت دست و هیپ رادیوگرافی اندیکاسیون دارد.

۴ در مواردی که علائم و نشانه‌های استئوآرتربیت زانو غیرتیپیک باشد انجام می‌شود.

۵ در صورتی که بعد از درمان مؤثر استئوآرتربیت زانو، درد زانو باقی بماند کاربرد دارد.

۶۵ ساله/ درد هر دو زانو از یک سال قبل که با فعالیت تشدید و با استراحت بهبود می‌یابد/ خشکی صبحگاهی و سابقه‌ی بیماری و مصرف داروی دیگری ندارد/ دارای دو خواهر بیمار مبتلا به آرتربیت روماتوئید/ در معاینه: وجود آریتاسیون در فلکسیون کامل زانوها، نداشتن افیوژن در زانوها، / معاینه سایر مفاصل نرمال است. اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (پرهانترنی آذر ۹۸-میان دوره‌ی کشوری)

- ۱ درمان دارویی و غیردارویی مناسب
- ۲ رادیوگرافی زانوها

۳ آزمایشات Uric acid- CRP-ECR-RF
۴ زانوها
۵ MRI

پاسخ تشخیص استئوآرتربیت

اگر تظاهرات بالینی و شرح حال بیمار برای انتخابی به جز استئوآرتربیت نداشت، نیاز به اقدام تشخیصی دیگه نداری. ولی اگر شک داشتی به ترتیب دو کار باید بکنی:

۱ آسپیراسیون و آنالیز مایع مفصلی که در استئوآرتربیت باید غیر التهابی باشد یعنی $WBC < 2000$ و با ارجحیت سلول تک‌هسته‌ای.
۲ اگر $WBC > 1000$ و با ارجحیت PMN (بیشتر از ۷۵٪) بود به آرتربیت‌های التهابی مثل نقرس و آرتربیت روماتوئید شک کن.

۲ تصویر برداری: گرافی مفصل در استئوآرتربیت هیپ و دست ضروری است، ولی در سایر موارد اندیکاسیون ندارد، مگر در مورد درگیری مفصل زانو که علائمش تیپیک نباشد یا به درمان جواب ندهد. تظاهرات استئوآرتربیت در گرافی چیاست؟

- ۱ کاهش فضای مفصلی
- ۲ اروژن مفصلی
- ۳ کیست استخوانی
- ۴ اسکلروز ساب کندرال
- ۵ استئوفیت

۳ شدت درد با میزان تغییرات و آسیب در گرافی ساده متناسب نیست، ولی وجود سینوویت به خصوص سینوویت زانو در MRI با شدت علائم ارتباط دارد.

پاسخ درمان استئوآرتربیت

اگر تظاهرات بالینی و شرح حال بیمار برآمون مثل این مريض انتخابی به جز استئوآرتربیت نداشت، نیاز به اقدام تشخیصی دیگری نیست و درمان رو شروع می‌کنیم. درمان استئوآرتربیت سه جزء دارد:

- ۱- درمان حمایتی
- ۲- درمان دارویی
- ۳- جراحی در موارد شکست درمان

۱ درمان حمایتی اساس و خط اول درمان است که همه در جهت کاهش فشار به مفصل است مثل کاهش وزن، تقویت عضلات اطراف مفصلی (ورزشی مثل شنا و فیزیوتراپی) و استفاده از عصا و Brace.

۸	۷	۶	سؤال
الف	الف	الف	پاسخ

درمان‌های دارویی در جهت کاهش درد و علائم بیمار است مثل:

۱- استامینوفن تا سه بار در روز و اگر اثر نکرد NSAID میشه اضافه کرد.

۲- داروهای مهارکننده‌ی سیکلواکسیژنаз (COX-2): NSAID‌های غیر اختصاصی مثل بروفن و ناپروکسن عوارض گوارشی زیادی دارند ولی مهارکننده‌های اختصاصی COX-2 مثل سلکوکسیب به دلیل عوارض کمتر ارجحیت دارند، اگرچه در کل خط اول و یا حتی بهترین درمان نیستند.

۳- اپوئیدها مثل (ترامادول، کدئین و ...) که عوارضی مثل خواب آلودگی و گیجی و تداخل با داروهای ضد تشنج دارند.

۴- تزریق داخل مفصلی استروئید که بیشتر در موارد شدید و حاد درگیری تک مفصلی مثل زانو و هیپ استفاده میشه. مثلاً در بیمار با استئوآرتیت زانو که تورم مفصلی دارد.

۵- پماد موضعی کاپسایسین (Capsaicin) یا فلفل برای کنترل درد بیمار مفید است.

۶- تزریق داخل مفصلی هیالورونیک اسید هم اگرچه استفاده میشه و زیاد اثری نداره!

لک کورتون سیستمیک، کلوگرامین و کندروئیتین در درمان استئوآرتیت کاربردی ندارد.

پاشو برو سر وقت تمدینی.

اگه از شما بپرسم «از زندگیت چی میفوای؟» و شما این‌طور پوچ دهید که «میفوا م فوشمال باشم و یه فانواده فوب و یه کار

«لفواه داشته باشم.»

پاسخ شما آن‌قدر متداول و مدرس‌زدنی است که در واقع هیچ معنایی ندارد.

سوال بالب توجه‌تر، سوالی که بیشتر مردم هیچ‌کاه به آن فکر نمی‌کنند، این است که «چه رنگی تو زندگیت میفوای؟» هاضمی به قاطر چه‌پیزی تو زندگیت اذیت بشی؟ چون به نظر می‌یاد که پاسخ این سوال نقش مهمی در زندگی ما ایفا می‌کند.

هنر ظریف رهایی از دغدغه‌ها

مارک منسن

- ۱- استفاده از استروئید برای درمان استئوآرتیت در کدامیک از موارد زیر اندیکاسیون دارد؟ (پرهاترنی شهریور ۹۷- قطب شیراز)
- ۱) استئوآرتیت جنرالیزه
- ۲) موارد مقاوم به NSAID
- ۳) تزریق داخل مفصلی در موارد حاد و شدید
- ۴) در بیماران جوان

۹	سؤال
۱۴	پاسخ

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
آرتربیت روماتوئید	فیلی مهمن	۶

- ۱ خانم ۳۰ ساله‌ای با درد و تورم مفاصل از ۲ ماه قبل مراجعه کرده است. خشکی صبحگاهی ۱ ساعته دارد. در معاینه مفاصل مج دست‌ها و متابکار پوفالنژیال ۲ و ۳ هر دو دست متورم و حساس می‌باشد. کمردرد ندارد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پرهاترنی آذر-۹۸-میان‌دوره‌ی کشوری)
- ۲ نقرس
- ۳ آرتربیت روماتوئید
- ۴ آرتربیت و اکنشی
- ۵ اسپوندیلیت آنکیلوزان

پرسح آرتربیت روماتوئید (RA) یک اختلال سیتیمیک، التهابی و مزمن است که دوره‌هایی از عود و بهبودی دارد. آرتربیت روماتوئید دو دسته علائم مفصلی و خارج مفصلی دارد.

علائم مفصلی آرتربیت روماتوئید

▼ پلی آرتربیت قرینه که دو نکته‌ی مهم دارد:

۱ کدام مفاصل رو می‌گیره؟ مفاصل کوچک دست و پا و مج دست و پا شایع‌ترین مفاصل در گیر در آرتربیت روماتوئید است. البته هر مفصل سینوویالی مثل ستون فقرات گردی، شانه، آرنج، زانو، هیپ، تمپورومندیبیولر و کریکو‌آریتنوئید هم می‌تونه در گیر بشه.

۲ آرتربیت روماتوئید مفاصل DIP دست و ساکروایلیاک را نمی‌گیرد.

پرسح ۳ با چه علائمی همراه است؟

۱ درد التهابی، تورم، گرمی و محدودیت حرکت مفصل: درد التهابی مفاصل در آرتربیت روماتوئید با فعالیت بهتر و در استراحت و طول شب بدتر می‌شود.

۲ درد مکانیکال مفصل (مثل استئوآرتربیت) با فعالیت بدتر می‌شود.

۳ خشکی صبحگاهی التهابی که بعد از استراحت طولانی ایجاد و با فعالیت بهتر می‌شه که معمولاً بیشتر از یک ساعت است.

۴ خشکی صبحگاهی مکانیکال کمتر از ۳۰ دقیقه است و در استئوآرتربیت دیده می‌شود.

۵ هایپرتروفی سینوویال

▼ دفورمیتی و در گیری مفاصل خاص

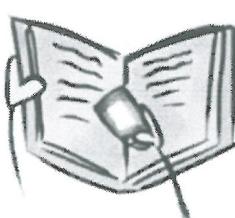
۱ کیست بیکر در زانو

۲ توسینوویت

۳ دفورمیتی گردن قو (Swan-neck) و جادکمه‌ای (Boutonniere) در انگشتان دست که شکل رو می‌بینی..

در من میخوام!

من...

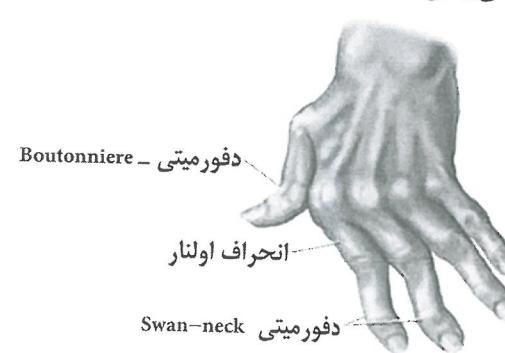


۲	۱	سؤال
د	ب	پاسخ

Boutonniere – دفورمیتی

انحراف اولنار

Swan-neck – دفورمیتی



دفورمیتی Z شکل که به دنبال انحراف اولنار در مفصل متاکارپوفالثیال (MCP)

و نیمه درفتگی وولار و انحراف رادیال در همین مفصل و مج دست ایجاد می‌شود.

نیمه درفتگی مفصل آتلانتوآگزیال (C1-C2) و فشار بر طناب نخاعی

سندرم کارپال تونل که باعث پارسیتی دست و انگشتان می‌شود.

پسح علائم خارج مفصلی آرتربیت روماتوئید

علائم عمومی مثل خستگی، تب خفیف، کاهش وزن و درد عضله (میالری).

ندول‌های روماتوئیدی غیر دردناک در سطوح اکستنسور مثل آرنج و همینطور ریه، پلور، پریکارد، اسکلرا، قلب و ...

عوارض چشمی مثل سندرم شوگرن ثانویه (کراتوکونژوکتیویت سیکا)، اسکلریت و اپیاسکلریت.

عوارض ریوی مثل پلورال افیوژن، پریکاردیت، بیماری بینایینی ریه (ILD)، فیبروز و خونریزی ریوی.

پسح **لله** ویژگی‌های آنالیز مایع پلور در آرتربیت روماتوئید چیه؟ قند پایین (کمتر از ۶۰ mg/dl)، پروتئین بالا و تیتر بالای فاکتور روماتوئید (بیشتر از ۱:۳۲۰)

که بیشترین کمک را در افتراق از سایر علل پلورال افیوژن می‌کند.

واسکولیت که باعث مانند لویدو رتیکولاریس و زخم پا و مونونوریت مولتیپلکس می‌شود. اما برخلاف لوپوس، مغز و کلیه را نمی‌گیرد.

عوارض خونی مثل ترومبوسیتوز، نوتروپنی، ترومبووز، آنمی و گاهی اسپلنومگالی. در این کیس بیمار چار سندرم فلتی (felty) شده است که گاهی در بیماران مبتلا به آرتربیت روماتوئید دیده می‌شود. این سندرم با عالیم اسپلنومگالی + لکوپنی + عفونت‌های مکرر ریوی مشخص می‌شود که با زخم پا همراهی دارد.

لله ریسک لنفوم یا بدخیمی‌های دیگر در RA بالاتر است.

تشخیص آرتربیت روماتوئید

پسح اساس تشخیص آرتربیت روماتوئید باینی است و نیازی به تأیید تشخیص با آزمایش ندارد، ولی بررسی‌های زیر کمک‌کننده است:

۱- افزایش واکنش دهنده‌های فاز حاد مثل ESR و CRP که در افتراق RA از علل غیرالتهابی مثل استئوآرتربیت و فیبرومیالریا و همچنین ارزیابی فعالیت بیماری مفید است.

۲- افزایش تیتر فاکتور روماتوئید (RF) که حساسیت بالا و اختصاصیت پایین دارد.

فاکتور روماتوئید می‌تواند در بیماری‌های دیگری مثل هپاتیت (هپاتیت‌های

۱ خانم ۴۵ ساله با آرتربیت در مفاصل مج

دست‌ها و انگشتان و زانو و ۸ ماه قبل همراه با

خشکی صبحگاهی دو ساعته مراجعه نموده است.

در آزمایشات ESR، CRP، بالا و RF مثبت و ANA منفی

است. در معاینه ارگانومگالی ندارد. همه‌ی علائم

زیر در ایشان انتظار می‌رود بجزء؟ (پرهانترنی

شهریور-۹۵-قطب کرمانشاه)

ا) پلورال افیوژن

ب) اسکلریت

ج) ترومبوسیتوپنی

د) ندول زیر جلدی

۲ خانم ۶۸ ساله مورد آرتربیت روماتوئید از ۱۵

سال پیش که با اسپلنومگالی و زخم ساق پادر

بخش بستری می‌باشد. کدام یک از موارد زیر

در همراهی علائم ایشان ممکن است دیده شود؟

(پرهانترنی اسفند-۹۹-مشترک کشوری)

ا) لکوپنی

ب) سردرد

ج) حساسیت به نور

د) هپاتومگالی

۳ خانم ۴۳ ساله با پلی آرتربیت انگشتان و مج دست‌ها

از ۶ ماه قبل، مراجعه کرده است. وی تحت درمان با

پردنیزولون، هیدروکسی کلروکین و متوتروکسات است.

به منظور ارزیابی فعالیت بیماری، درخواست کدامیک از

تست‌های زیر ارزش بیشتری دارد؟ (پرهانترنی شهریور

۹۵-قطب شیراز)

ESR

Anti-CCP

RF

ANA

پاسخ	۵	۴	۳	۲
سوال	الف	الف	الف	الف

۶- بیمار خانم ۳۵ ساله است که با شکایت درد و تورم مفاصل مج دستها مفاصل MCP و PIP در هر دو دست و مفاصل زانوها مراجعه نموده است که از ۳ ماه قبل شروع شده است. خشکی صحبتی بالاتر از ۱ ساعت دارد. در معاینه بجز آرتربیت در مفاصل فوق مشکل دیگری ندارد. جهت تشخیص، کدامیک از آزمایشات زیر را درخواست می‌کنید؟

(پرهانترنی اسفند ۹۶-قطب آزاد)

۷- رادیولوژی از هر دو دست

۸- MRI از مج هر دو دست

۹- CANCA- PANCA

۱۰- Anti-CCP

۷- بیمار مبتلا به روماتوئید آرتربیت که تحت درمان با پردنیزولون و متوتکسات است، به علت تب و لرز، بی‌حالی، لکوسیتوز و افزایش (ESR) مراجعه کرده است. در معاینه مفصل زانوی چپ متورم و گرم است، بقیه مفاصل آرتربیت فعال ندارد. در مرحله بعد کدام اقدام را انجام نمی‌دهید؟ (پرهانترنی شهریور ۹۷-قطب همدان)

۱۱- اندازه گیری اسید اوریک

۱۲- آسپیراسیون مایع مفصل

۱۳- کشت خون

۱۴- افزایش دوز پردنیزولون

۸- خانم ۳۷ ساله‌ای با درد و تورم در مفاصل زانوها و مفاصل بین انگشتی پروگزیمال PIP هر دو دست از دو هفته پیش + خشکی صحبتی طولانی مدت تا ظهر/ آزمایشات: AntiCCP حدود ۱۱۰۰ با نرمال ۵ دارد. کدامیک در تشخیص بیماری ایشان براساس کراتیریا، کاربرد کمتری دارد؟ (پرهانترنی خرداد ۹۸)

۱۵- میان دوره‌ی کشوری

۱۶- تعداد مفاصل گرفتار

۱۷- طول مدت علائم

۱۸- طول مدت خشکی صحبتی بیمار

۱۹- تیتر آنتی CCP

ویروسی مزمن مانند C و B)، لوپوس، شوگرن، سارکوئیدوز، اندوکاردیت، بیماری‌های ریوی و حتی افراد سالم مثبت شود. تیتر RF ارتباطی با شدت بیماری ندارد، ولی معمولاً تیترهای بالای آن با آرتربیت اروزیو شدید و عوارض خارج مفصلی همراه است.

۹- **پرسن** Anti-ccp مثبت که در تشخیص آرتربیت روماتوئید نسبت به RF اختصاصی‌تر است.

۱۰- ANA در بعضی موارد.

۱۱- آنالیز مستقیم مایع مفصلی (آرتروسنتز) معمولاً برای تشخیص آرتربیت روماتوئید ضروری نیست و فقط در مواردی که بر خلاف انتظار ما فقط یک مفصل درگیر شود، برای رد عفونت و کربستالوپاتی استفاده می‌شود.

۱۲- **پرسن** اگر بیمار مبتلا به آرتربیت روماتوئید، روی درمان، دچار مونوآرتربیت شود، علاوه بر آنالیز و کشت مایع مفصلی، اندازه‌ی اسید اوریک مایع مفصلی و کشت خون هم لازم است.

۱۳- رادیوگرافی ساده که یافته‌های آن شامل موارد زیر است:

۱۴- استئوپنی اطراف مفصل

۱۵- تورم بافت نرم

۱۶- از بین رفتن فضای مفصلی و کاهش یکنواخت فضای مفصلی

۱۷- خوردنی و اروزیون غضروف مفصلی و استخوان‌های زیر آن

۱۸- MRI به علت تصویر بهتر از بافت نرم، بیشترین حساسیت را برای شناسایی سینوویت و افیوژن مفصل دارد. همچنین تغییرات استخوان و ادم مغز استخوان را در مراحل اولیه نشان می‌دهد.

۱۹- اولتراسونوگرافی خوردنی‌ها و همینطور سینوویت و افزایش واسکولاریته مفصل را که مشخصه‌ی التهاب است، نشان می‌دهد.

۲۰- **پرسن** کراتیریا تشخیص RA

برای آرتربیت روماتوئید یک کراتیریا تشخیصی شامل چهار جزء داریم:

۲۱- فرم درگیری مفصلی که پلی آرتربیت بیشترین ارزش را دارد و ارزش درگیری مفاصل کوچک بیشتر از مفاصل بزرگ است.

۲۲- سروولوژی (RF و AntiCCP)

۲۳- واکنش‌دهنده‌های فاز حاد (ESR و CRP)

۲۴- طول مدت علائم

۸	۷	۶	سؤال
ج	د	د	پاسخ

برای تشخیص قطعی آرتیت روماتوئید حداقل امتیاز ۶ از ۱۰ لازم است. جدول

کراتیریا رو ببین:

۱	۲-۱۰ مفصل بزرگ	درگیری مفصلی
۲	۱-۳ مفصل کوچک	
۳	۴-۱۰ مفصل کوچک	
۵	بیشتر از ۱۰ مفصل بزرگ (حداقل ۱ مفصل کوچک)	سرولوزی
۰	منفی بودن RF و Anticcp	
۲	تیتر پایین RF یا Anticcp	
۳	تیتر بالای RF یا Anticcp	
۱	واکنش دهنده‌های فاز حاد ESR یا CRP	طول مدت علائم
۱	بیشتر مساوی ۶ هفته	



برای مثال درگیری MCP‌های دو دست به همراه هر دو زانو؛ درگیری ۱۰ مفصل کوچک و دو مفصل بزرگ محسوب شده و امتیاز ۵ را از قسمت درگیری مفصل RA دریافت می‌کند.

۶-۱ تشخیص افتراقی‌های آرتیت روماتوئید

۱- آرتیت پسوریاتیک

۲- آرتیت وایرال

۳- آرتیت واکنشی

۴- بیماری‌های دیگری مثل شوگرن، SLE، نقرس و ...

۶-۲ درمان آرتیت روماتوئید

سه دسته‌ی دارویی برای کنترل RA استفاده می‌شوند: NSAID گلوکوکورتیکوئیدها و DMARD (داروهای آنتی‌روماتیک تغییر کننده‌ی بیماری) مثل اتانرسپت.

۷-۱ NSAID‌ها فقط برای کاهش درد و تورم استفاده می‌شوند، تأثیری بر سیر بیماری ندارند و تقریباً هیچ وقت به تنها‌یی تجویز نمی‌شوند.

۱- تظاهرات بالینی کدام بیماری، ممکن است با آرتیت روماتوئید اشتباه شود؟ (پرهاترنی شهربیور ۹۷-قطب اصفهان)

۱- آرتیت پسوریاتیک

۲- اسپوندیلیت آنکیلوزان

۳- کرون

۴- آرتیت راکتیو

۱- آقای ۵۰ ساله‌ای مبتلا به RA که از سه هفته قبل تحت درمان با پردنیزولون ۵ mg روزانه و قرص متوتروکسات ۱۵ mg در هفته می‌باشد، مراجعه نموده و از درد شدید مفاصل PIP علی‌رغم مصرف صحیح داروهای شاکی است. کدام اقدام برای بیمار مناسب است؟ (پرهاترنی شهربیور ۹۷-قطب زنجان)

۱- افزایش دوز پردنیزولون

۲- شروع اینفلکسی ماب

۳- افزایش دوز متوتروکسات

۴- جایگزینی متوتروکسات با لفلونوماید

۱۰	۹	سؤال
الف	الف	پاسخ

▼ گلوکورتیکوئیدها (مثل پردنیزولون)

گلوکورتیکوئیدها در موارد حاد بیماری و همچنین برای کاهش اروزیون استفاده می‌شوند. معمولاً در کنار DMARDs تجویز می‌شوند که علائم بیماری را تا زمان اثر آن‌ها کنترل کند؛ پس اگر بیماری روی درمان DMARD مثل اترنسپت همچنان درد داشت، دوز استروئید را بالا می‌بریم و زمانی که اثر کرد، کورتون را قطع می‌کنیم.

اگر علائم بیمار در یک یا دو مفصل شدت گرفت، تزریق داخل مفصلی کورتون گزینه‌ی مناسبی است.

▼ DMARDs مؤثرترین داروها برای جلوگیری از پیشرفت و اروزیون مفصلی هستند که انواعشون رو پایین می‌بینیم:

۱۱ خانم ۵۰ ساله‌ای مبتلا به آرتربیت روماتوئید تحت درمان تک دارویی با متاتروکسات ۱۰ میلی‌گرم هفتگی است، از نظر عوارض درمان کدام بررسی دوره‌ای را تجویز می‌کنید؟ (پرهاترنی شهریور ۹۷-قطب کرمان و تهران)

۱۲ CBC و ALT

۱۳ معاینه‌ی چشم و پریمتری

۱۴ P و Ca و K و NA

۱۵ Cholesterol و FBS

۱۲ خانم ۴۰ ساله مبتلا به آرتربیت روماتوئید با شکایت از سرفه، خلط خونی و تب از دو هفته قبل مراجعه نموده است. وی از شش سال قبل تحت نظر روماتولوژیست بوده و به دلیل فعل بودن آرتربیت، داروی اترنسپت (Etanercept) از یک ماه قبل به رژیم درمانی ایشان اضافه شده است. در معاینه $T=38.7^{\circ}\text{C}$ ، $RR:30/\text{min}$ و کراکل در ریه‌ی راست به گوش می‌رسد. علاوه بر بسترهای کردن ایشان و شروع آنتی‌بیوتیک و ریدی، کدام اقدام در اولویت است؟ (پرهاترنی اسفند ۹۳-قطب شیراز)

۱۶ پالس متیل پردنیزولون

۱۷ هپارین و ریدی

۱۸ اکوکاردیوگرافی

۱۹ رنگ‌آمیزی خلط برای AFB

▶ ۱۱ متاتروکسات (MTX) خط اول درمان آرتربیت روماتوئید است. عوارض جانبی آن شامل زخم دهان، تهوع، سمتیت کبدی و پنومونیت است؛ در نتیجه هر ۲-۳ ماه باید CBC، Creat، AST، ALT و آنزیم‌های کبدی (Alkp) چک شوند.

▶ ۱۲ هیدروکسی کلروکین و یا سولفاسالازین که با توجه به عارضه‌ی سمتیت شیکیه‌ی آن باید هر ۶ ماه یکبار تحت مشاوره چشم پزشکی قرار گیرند.

▶ ۱۳ DMARD های بیولوژیک یه تعدادی‌شون ضد TNF- α هستن مثل اترنسپت، انفلیکسی ماب، آدالیmomab و آیاتاسپت. از بقیه‌شون هم میشه آناکینار، ریتوکسیماب و ... رانام برد که اغلب در موارد مقاوم به متاتروکسات تجویز می‌شون.

▶ ۱۴ داروهای ضد TNF- α خطر عفونت و فعال شدن سل نهفته را بالا می‌برند. بنابراین قبل از تجویز این داروها، باید PPD و رادیوگرافی قفسه‌ی سینه‌ی بیمار چک شود. اگر حین درمان علائم سل (سرفه، خلط خونی و تب بیش از دو هفته) بروز کرد، باید رنگ‌آمیزی خلط برای AFB (باسیل اسید فاست) انجام شود.

▶ ۱۵ بهترین درمان برای بیمار مبتلا به آرتربیت روماتوئید تازه تشخیص داده شده، ترکیب سه داروی متاتروکسات، استروئید و NSAID است.

▶ ۱۶ اوه برو برو سر تمرينی که وقشتها

۱۲	۱۱	سؤال
د	الف	پاسخ

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
لوپوس و شوگرن	فیلی مهم	۹

لوپوس (SLE) بیماری اتوایمیون و مولتی‌سیستمیکی است که در خانم‌ها شایع‌تر است.

پاسخ تظاهرات بالینی لوپوس

قبل از اینکه دونه دونه برسیش کنیم، یک کیس تیپیک لوپوس رو بهت می‌گم یاد بگیری:

خانم جوانی با شکایت اصلی ضعف و خستگی اومنده، که در بررسی‌ها ممکن‌های زخم دهانی، تب و لنفاوپاتی تا اختلالات شدیدتر مثل بیماری‌های کلیوی و نورولوژیک هم داشته باشه که می‌گه علائم سیر دوره‌ای دارن (مثل شعله اوج می‌گیرن و بعد آروم می‌شن).

▼ علائم عمومی مثل ضعف و خستگی.

▼ علائم پوستی مخاطی

⦿ زخم‌های دهانی درناتک یا بدون درد (معمولًاً روی زبان و کام)

⦿ راش پروانه‌ای صورت یا مالار راش کلاسیک که چین نازولبیال (دور دهان) رانمی‌گیرد.

⦿ ضایعات دیسکوئیدی که باعث اسکار دائمی بدشکل و ریزش مو می‌شود.

⦿ حساسیت به نور

▼ علائم اسکلتی عضلانی

⦿ آرتراژی و پلی آرتربیت التهابی شایع‌ترین.

⦿ نکروز آوسکولار (AVN) خیلی ناشایع.

للله آرتربیت لوپوسی غیر اروزیو است. آرتربیت جاکود در لوپوس باعث التهاب و دفورمیتی برگشت‌پذیر مفصل می‌شود.

▼ علائم قلبی-ریوی

⦿ پریکاردیت و پلوریت بیشتر از ۶۰٪ مبتلایان به لوپوس علائم قلبی-ریوی

به صورت پریکاردیت و پلوریت دارند که با فریکشن راب مشخص می‌شود.

⦿ میوکاردیت اگر بیمار لوپوسی درگیری قلبی-تنفسی و تب داشت به میوکاردیت شک کن.

افیوژن پلور و پریکارد که دارای گلوکوز پایین و اگزوداتیو است.

⦿ ضخیم شدن دریچه و اندوکاردیت غیر عفونی لیمن-ساکس در موارد

آنکی فسفوپلیید مثبت.

⦿ سندروم ریه‌ی چروکیده

۱ خانم ۲۲ ساله با تب، زخم دهانی و دردهای مفصلی از چندین ماه قبل همراه با راش پروانه‌ای و پروتئینوری ۱۰۰۰ میلی‌گرم در ادرار ۲۴ ساعته بستری می‌شود. همه‌ی مشکلات مفصلی زیر با بیماری وی قابل توجیه است، بجز: (پره‌انترنی شهریور ۹۶- هشت قطب مشترک و پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطب کرمان)

۲ اروزیون در رادیوگرافی مج دست‌ها

۳ نکروز آوسکولار هیپ

Jaccoud's arthropathy

۴ پلی آرتربیت التهابی

پذاییت از می‌چکه می‌کنه



۱	الف	سؤال
		پاسخ

خانم ۳۲ ساله با سابقه‌ی لوبوس از ۳ سال قبل تحت درمان با پردنیزولون و هیدروکسی کلروکین است. در پیگیری اخیر بیمار، نتایج آزمایشات زیر بدست آمده است:

Hb:12, WBC:5600, PLT:186/000, Bun:22, Cr:1.2, U/A:3+Protein, RBC:8-10, WBC:10-12, U/C- کدامیک از اتو آنتی‌بادی‌های زیر ارتباط بیشتری با درگیری کلیوی بیمار دارد؟ (پرهانترنی شهریور ۹۷- قطب شیراز)

- Anti-ccp (۱)
- Anti-Histon Ab (۲)
- Anti-dsDNA (۳)
- Anti U1-RNP (۴)

خانم ۳۰ ساله‌ای با سابقه‌ی پنج ساله ابتلا به لوبوس قصد بارداری دارد. کدامیک از اتو آنتی‌بادی‌های زیر لازم است بررسی شود؟ (پرهانترنی اسفند ۹۹- مشترک کشوری)

- ANA (۱)
- anti-centromere (۲)
- anti-smith (۳)
- anti-SSA (۴)

۱ تمام توصیه‌های زیر را به خانم ۳۵ ساله مبتلا به لوبوس که تمایل به بارداری دارد، می‌کنید، بجز؟ (پرهانترنی شهریور ۹۷- قطب مشهد)

۲ بیماری باید از ۶ ماه قبل تصمیم به حاملگی کاملاً خاموش و کنترل باشد.

۳ چک آنتی‌بادی‌های SSB/La و SSA/Ro قبل بارداری

۴ چک APAs (آنتی‌فسفولیپید آنتی‌بادی‌ها) قبل حاملگی در صورت سابقه‌ی بلوک قلبی جنینی در حاملگی‌های قبلی کنتراندیکاسیون حاملگی مجدد دارد.

پاسخ ۷۷ علائم کلیوی (نفریت لوبوسی)
نفریت یکی از علل مرگ در بیماران مبتلا به لوبوس است. در لوبوس مثبت معادل نفریت لوبوسی است. اگر بیماری علاوه بر Anti dsDNA مثبت، سطح کمپلمان پایین داشت، احتمال درگیری کلیه بیشتر می‌شود.

۷۸ علائم عصبی روانی مثل تشنج و سایکوز و علائمی مانند اضطراب، افسردگی، نوروپاتی حسی-حرکتی و ...

۷۹ علائم خونی مثل لکوپنی، لنفوپنی و ترومبوسیتوپنی.

۷۰ علائم عروقی

۱ پدیده‌ی رینود در بیشتر از ۴۰٪ مبتلایان به لوبوس.

۲ ترومبوز به علت سطح بالای آنتی‌فسفولیپید آنتی‌بادی و آنتی‌کاردیولیپین.

۷۱ واسکولیت

۷۲ علائم چشمی که شایع ترینش شوگرن (کراتوکونژکتیویت سیکا) است. قبل از اینکه برمی‌سر وقت تشخیص، یه کوچولو لوبوس و بارداری و لوبوس دارویی رو بخون.

۷۳ لوبوس و بارداری

خانم باردار مبتلا به لوبوس احتمال سقط بالایی داره پس سقط مکرر باید چراغ لوبوس رو تو ذهنست روشن که! در کل بارداری، لوبوس رو شعله‌ور می‌کنه. حالا ۳ تا سؤال طلایی رو جواب بده

۱ آنتی‌بادی لوبوس نوزادی چیه؟

۲ Anti SSA (Anti-Ro)

۳ Anti SSB (Anti-La)

پاسخ ۷۴ عارضه‌ی این آنتی‌بادی‌های لوبوس نوزادی که از جفت رد می‌شن در نوزاد و مادر چیه؟ در نوزاد بلوک قلبی مادرزادی (CHB) و در مادر ترومبوز (DVT). در صورت مثبت شدن Anti SSB و Anti SSA باز هفته‌ی ۱۶ حاملگی باید مانیتورینگ قلب جنین به صورت سریال انجام شود.

۱ در خانم مبتلا به لوبوس که قصد بارداری داره، کدوم آنتی‌بادی‌ها رو باید چک کنی؟

۲ آنتی‌بادی‌های لوبوس نوزادی

۳ آنتی‌فسفولیپید آنتی‌بادی برای احتمال خطر سقط

۴ این خانم مبتلا به لوبوس، چه زمانی بهتره باردار بشه؟ زمانی که حداقل ۶ ماه بیماری خاموش یا تحت کنترل باشد.

۴	۳	۲	سؤال
د	د	ج	پاسخ

۴- لوبوس دارویی

داروهایی مثل کاپتوبریل می‌توانند باعث ایجاد لوبوس دارویی شوند که بیشتر با علائم پوستی، مفصلی و سروزی همراهی دارند و تقریباً هیچ وقت کلیه و CNS را درگیر نمی‌کنند. $\text{لوبوس تغییرات سرولوژیک لوبوس دارویی} \Rightarrow 1 - \text{Anti dsDNA منفی}, 2 - \text{Anti Histone گاهی مثبت.}$

داروهایی که احتمال لوبوس دارویی دارند \Rightarrow داروهای ضدآریتمی (پروکائین آمید)، ضد فشارخون (مثل کاپتوبریل، بتا بلکر، هیدرالازین)، ضد تیروئید، ضد سایکوز (لیتیوم)، ضد تشنج (فنتوئین، کاربامازپین) و بعضی آنتی‌بیوتیک‌ها (ایزونیازید).

۵- کراتیریای تشخیصی لوبوس

برای زدن مارک لوبوس باید از ۱۱ مورد حداقل ۴ مورد به همراه ANA مثبت داشته باشیم:

۱- مالار راش

۲- ضایعات دیسکوئیدی \Rightarrow اریتم بر جسته و سکه مانند که پوسته‌ریزی و اسکار دارد.

۳- حساسیت پوستی در واکنش به نور آفتاب.

۴- زخم بدون درد دهانی یا نازوفارنکس.

۵- آرتربیت نان اروزیو در دو یا چند مفصل.

۶- سروزیت \Rightarrow پریکاردیت و پلوریت

۷- اختلال کلیوی به صورت پروتئینوری بیشتر از ۵ mg/day یا بیشتر از ۳+ یا کست‌های سلولی.

$\text{لوبوس} \Rightarrow \text{BUN, Cr, U/A}$ رو چک کن.

۸- لوبوس بیوسی مثبت از نظر نفریت لوبوسی همراه با ANA مثبت تشخیص

لوبوس را قطعی می‌کند. نفریت لوبوسی پنج کلاس دارد:

Minimal mesangial - ۱

Mesangial proliferative - ۲

Focal - ۳

Diffuse proliferative - ۴: بدترین پیش‌آگهی

Membranous - ۵

Advanced sclerosis - ۶

۸- اختلال خونی که سه حالت دارد:

۹- آنمی همولیتیک کومبیس مثبت

۱۰- لوكوبنی کمتر از ۴۰۰۰ و یا لنفوپنی کمتر از ۱۵۰۰

۱۱- ترومبوسیتوپنی: بدون مواجهه با داروهای آسیبرسان به پلاکت.

۱۲- اختلال عصبی مثل تشنج یا سایکوز

۵- خاتم ۵۴ ساله با سابقه‌ی فشارخون بالا و تشنج که تحت درمان می‌باشد با علائم سروزیت تب و مالار راش بررسی شدند و تشخیص لوبوس برای ایشان مطرح شد. کدامیک از داروهای زیر می‌تواند در ایجاد بیماری لوبوس دخیل باشد؟ (پرهانرنی شهریور ۹۷- مشترک کشوری)

۱- کاپتوبریل

۲- آملودپین

۳- پرازوسین

۴- فوروزماید

۶- تمام موارد زیر جزء معیارهای تشخیص SLE می‌باشند، بجز: (پرهانرنی شهریور ۹۴)

۱- قطب شمال

۲- سایکوز

۳- لکوسیتوز

۴- آرتربیت

۵- ترومبوسیتوپنی

۷- کدامیک از انواع پاتولوژی درگیری کلیه در بیمار مبتلا به لوبوس در صورت عدم درمان بدترین پروگنووز را دارد و منجر به نارسایی کلیه می‌شود؟ (پرهانرنی میان دوره اردیبهشت ۹۶)

قطب اصفهان)

۸- Diffuse Proliferative Glomerulonephritis

۹- Focal Segmental Proliferative Glomerolone-

phritis

۱۰- Membranous Glomerulonephritis

۱۱- Minimal change disease

۷	۶	۵	سؤال
الف	ب	الف	پاسخ

خانم جوان/ آرتریت در مچ دست و انگشتان/ ۱
در معاینه: وجود ضایعات اریتماتو روی گونه‌ها و
ینی، زخم‌های داخل ینی و دهان، ریزش موى
شدید/ در آزمایشات: پرتوئینوری حدود ۱۸۰۰
میلی‌گرم در ۲۴ ساعت و پلاکت ۰/۹۱۰۰/ برای
تشخیص بیماری کدامیک کمک کننده است؟
(پرهاترنی خرداد ۹۸- میان دوره‌ی کشوری)

Anti CCP ۱

PANCA ۲

Anti dsDNA ۳

CANCA ۴

خانمی ۲۴ ساله با راش بروانه‌ای صورت، زخم
دهانی و پلی آرتریت از دو ماه قبل مراجعه کرده‌اند.
در آزمایشات / PLT= ۱۱۰۰۰۰/mm³, WBC= ۳۶۰۰/
mm³ و آنالیز ادرار نرمال است. برای تشخیص بیماری
بر مورد الگوی مثبت شدن ANA در ایمونوفلورسنسن
کدامیک از موارد زیر اختصاصی تر است؟ (پرهاترنی
اسفند ۹۶- قطب مشهد)

peripheral Rim ۱

Speckled ۲

nucleolar ۳

homogenous ۴

پاسخ ۱۰- اختلال اینمی به صورت مثبت شدن یکی از اتو آتی‌بادی‌های زیر:

Anti dsDNA ۱

Anti Smith ۲

آتی‌بادی آتی فسفولیپید مثل آتی کاردیولیپین، آتی کوآگولان لوبوسی و یا
VRDL (تست سفلیس) مثبت کاذب برای ۶ ماه در نبود تریونما پالیدوم.

اختصاصی‌ترین آتی‌بادی‌ها برای لوپوس چیان؟

Anti dsDNA ۱

Anti Smith ۲

میزان فعالیت بیماری و همینطور درگیری کلیه را می‌تواند Anti dsDNA ۳

نشان دهد.

پاسخ ۱۱- ANA مثبت: در مورد ANA (آتی‌بادی ضد هسته‌ای) باید نکات

زیر رو بدونی ۱

ANA در لوپوس دارویی به صورت کاذب مثبت می‌شود.

ANA با الگوی Rim (Peripheral Rim) برای لوپوس مماسیت فیلی بالای داره.

تیتر مثبت ANA در لوپوس ۱/۱۶ است.



بیمار خانم ۲۵ ساله با شکایت زخم‌های
دهانی بدون درد و آرتریت مچ دست
مراجعه کرده است. در آزمایشات انجام شده
ANA=+, PLT=70000, WBC=4500, Anti SM=+
دارد. بیمار چند معیار تشخیصی لوپوس را دارد?
(پرهاترنی شهریور ۹۴- قطب مشهد)

۵ معیار ۱

۴ معیار ۲

۳ معیار ۳

۶ معیار ۴

پاسخ خب حالا که باید و نبایدهای تشخیص لوپوس رو یاد گرفتی، بیا

معیارهای این دختر خانم رو بشمریم:

۱- زخم دهانی بدون درد، ۲- ANA مثبت، ۳- Anti Sm مثبت، ۴- ترومبوسیتوپنی
زیر صد هزار، پس ب شد. دقیق کن که آرتریت‌ش چون یک مفصل رو گرفته،
کرایتیریا رو پُر نمی‌کنه.

درمان لوپوس

درمان لوپوس در جهت کنترل علائم بیماری است. نکات زیر در پیشگیری از

بروز علائم و عوارض مهم است:

۱- محافظت از نور آفتاب با ضد آفتاب و ...

۲- پیشگیری از پدیده‌ی رینود با لباس گرم و ...

۳- توصیه به عدم مصرف OCP

۴- واکسیناسیون علیه آنفولانزا و پنوموکوک و ...

۱۰	۹	۸	سؤال
ب	ب	ج	پاسخ

۱۱ کدامیک از داروهای زیر در درمان لوپوس اریتماتوز سیستمیک بدون عارضه از اهمیت بیشتری برخوردار است؟ (پرهاتنی میاندوره اردیبهشت ۹۷)

- ۱۲ هیدروکسی کلروکین
۱۳ سولفاسالازین
۱۴ متورکسات
۱۵ آزاتیوپرین

۳- درمان دارویی لوپوس
۱- NSAID برای آرتیتی لوپوسی خفیف.
۲- گلوکورتیکوئید تقریباً برای تمام علائم لوپوس.
۳- داروهای ضدمالاریا مثل هیدروکسی کلروکین درمان استاندارد لوپوس که به خصوص برای تب و آرتیت خفیف و تظاهرات پوستی مخاطی مناسب است.
۴- در تجویز هیدروکسی کلروکین با توجه به عارضه مسمومیت شبکیه، معاینه سالیانه چشم ضروری است.

۵- داروهای سایتوتوکسیک مثل آزاتیوپرین و متورکسات در موارد عدم پاسخ به گلوکورتیکوئید یا نیاز به کاهش دوز گلوکورتیکوئید کمک می‌کند. متورکسات در آرتیت التهابی لوپوس مفید است.
۶- آزاتیوپرین برای نفریت لوپوسی در دوران بارداری مفید است ولی متورکسات در بارداری ممنوع است.
۷- مایکوفتولات موفتیل برای نفریت لوپوسی و جلوگیری از پس زدن کلیه مفید است.
۸- سیکلوفسفامید به علت عوارض شدید با وجود تأثیر زیاد فقط در علائم خیلی پیشرفتی لوپوس تجویز می‌شود.

۷- داروهای بیولوژیکی **Belimumab** و **Rituximab** سلول‌های B می‌شوند. ریتوکسی‌ماب در لوپوس مقاوم به درمان، علائم خونی و نفریت لوپوسی کاربرد دارد.

۸- سندروم شوگرن

شوگرن یک اختلال اتوایمیون مزمن است که موجب خشکی چشم (کراتونژ کتیویت سیکا) و دهان (گزروستومی) می‌شود. وجود اتوانتی بادی‌های anti-RO/SSA یا anti-La/SSB یا هر دو به نفع تشخیص شوگرن است. این بیماران در معرض ابتلا به لنفوم قرار دارند. ریسک فاکتورهای بروز لنفوم به خصوص نوع B cell در شوگرن عبارتند از:

۱- واسکولیتیت جلدی

۲- نوروپاتی محیطی

۳- داشتن فاکتور روماتوئید

۴- کرایوگلوبولینمی

۵- کمبود کمپلمان

۶- بروز توده‌ی جدید با علائم سرشتی

۷- تداوم لنفادنوباتی

۸- میلینگی برو سر تست تمرینی.

۱۲ کدامیک از موارد زیر فاکتور خطر و یا پیش‌بینی کننده لنفوم در شوگرن نیست؟ (پرهاتنی دی ۹۹- میاندوره کشوری)

- ۱۳ تداوم بزرگی پاروتید
۱۴ تیتر بالای anti Ro
۱۵ کاهش تیتر C3
۱۶ کرایوگلوبولینمی

۱۳	۱۲	۱۱	سؤال
ب	ج	الف	پاسخ

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
سندرم آنتی‌بادی آنتی‌فسفولیپید (APS)	غیر معمول	۰

۱ شایع‌ترین محل ترومبوzu شریانی در سندرم آنتی‌فسفولیپید کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳ - قطب اصفهان)
۱ کلیه
۲ مغز
۳ عروق کرونر
۴ آنورت

پنج علائم بالینی APS

علائم و عوارض سندرم آنتی‌فسفولیپید بیشتر مربوط به ترومبوzu وریدی و شریانی و عوارض آن در بارداری است.

۷ ترومبوzu شریانی و وریدی که شایع‌ترین محل ترومبوzu شریانی در CNS و ترومبوzu وریدی در اندام تحتانی است. ممکن است پارزی دست و پا دیده شود.

۷ آمبولی ریوی

پنج ۷ لویدورتیکولاریس و ترومبووفلیت اندام؛ لویدورتیکولاریس به شکل ضایعات پوستی رتیکولار به رنگ آبی یا بنفش در ساق پا و ... دیده می‌شود.

۷ عوارض حاملگی ۷ سقط مکرر (به خصوص بعد از هفته ۱۰)، نارسایی جنین، پره‌اکلامپسی و اکلامپسی.

۷ ضخیم شدن دریچه قلبی (اندوکاردیت لیمن ساکس)

۷ نارسایی کلیوی و گاهی کبدی

۷ ترومبوسیتوپنی

۷ انفارکت بستر ناخن، نکروز و گانگرن

۷ آنمی همولیتیک

پنج تشخیص APS

برای زدن آنگ APS باید همزمان حداقل یک معیار آزمایشگاهی مثبت (در حداقل دو آزمایش با فاصله ۱۲ هفته) + یک معیار بالینی داشته باشیم.

معیارهای آزمایشگاهی

۷ لوپوس آنتی کوآگولان (LAC)

۷ آنتی کاردیولیپین

۷ آنتی‌بادی ضد بتا دو گلیکوپروتئین I (Anti β 2-GP1)

معیارهای بالینی

۷ ترومبوzu شریانی یا وریدی در هر ارگان یا بافت که به وسیله‌ی تصویربرداری

یا سایر روش‌ها اثبات شود.

۷ عوارض حاملگی

۳

۲

۱

سوال

۳

۲

۱

پاسخ

۵

۴

۳

پاسخ



Ⓐ حداقل سه مورد سقط خودبخودی جنین قبل از هفته ۱۰

Ⓐ حداقل یک مرگ جنین نرمال در هفته ۱۰ بارداری یا بعد از آن

Ⓐ حداقل یک تولد نوزاد نارس قبل از هفته ۳۴

۶ درمان APS

همونطور که احتمالاً حدس زدی، درمان ستدرم آنتیفسفولیپید در جهت کاهش ترومبوز، انقاد و عوارضش در حاملگیه؛ در نتیجه:

▼ درمان مناسب در فرد با سابقهی سقط مکرر و با قصد بارداری ☛ هپارین + آسپرین با دوز کم.

▼ درمان مناسب در فرد عالمتدار ☛ وارفارین تا پایان عمر (با حفظ INR بین ۲-۳)، هپارین (در موارد عدم پاسخ به وارفارین و بارداری)، کورتیکواستروئید و داروهای سرکوب‌گر اینمی در موارد مقاوم.

▼ هیدروکسی کلروکین برای کاهش احتمال ترومبوز بعدی.

خانم ۲۵ ساله‌ای با سابقه یک بار مرده‌زایی، در هفته‌ی ۱۲ بارداری به دلیل قصد حاملگی مجدد جهت مشاوره ارجاع شده است. آنتی‌بادی ضد آنتی‌کاردیولیپین در چند نوبت جداگانه و به فواصل چند ماه مثبت بوده است. کدام گزینه انتخاب مناسب برای دوران بارداری است؟

(پرهاترنی اسفند ۹۴ - قطب اصفهان)

Ⓐ پردنیزولون + هپارین

Ⓑ هپارین + آسپرین

Ⓒ هپارین + آسپرین + پردنیزولون

Ⓓ پردنیزولون + آسپرین

▣ تست تمرينی منتظره.

همان لحظه بود که عاشقش شد^{۳۰}، قسم می‌فور^{۳۰}!

با این همه فوب می‌دانم اگر در انشکده‌ی دیگری درس می‌فواند^{۳۰}، عاشق کس دیگری می‌شد^{۳۰}!

یا اگر دویست سال قبل به دنیا آمده بود^{۳۰}، با همین توان و رغبت، عاشق زنی دیگر با اسمی دیگر.... مه لقا مثلاً!

فود^{۳۰} را این طور قانع کرده‌ام که افسانه تنها یکی از آن هزاران ملعشوچه‌های بالقوه‌ای بود که می‌توانستم به آن‌ها عشق بورز^{۳۰}...

(لیل روشنی ندار^{۳۰} اما قدر می‌کنم بین این افسانه‌ها باید پیزه‌های مشترکی باشد، دقیقاً نمی‌دانم په پیزه‌هایی، شاید شباهت انگلستانشان!

افسانه هم همینطور، او هم از میان هزاران امکان، از میان هزاران ابراهیم، من را انتقام کرد....

این یکی از آن هزاران پیزه‌های عوضی دنیا است که من هرگز تفواهم فهمید، هرگز....

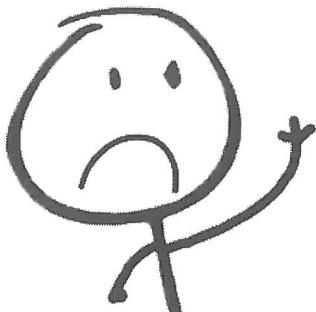
مهیطی مسیور

		۴	سؤال
	ب		پاسخ

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون های کشوری
اسکالدر درمی	مهم	۲

اسکلرودرمی نوعی واسکولوپاتی است که دو نوع لوکال و سیستمیک دارد؛ نوع لوکال فقط پوست را می‌گیرد و به احساسی دیگر کاری ندارد. اسکلرودرمی سیستمیک بر اساس درگیری پوستی به دو دسته تقسیم می‌شود:

(محدود) درگیری پوست نواحی صورت و دیستال اندامها (پایین Limited



در گیری پوست صورت و نواحی دیستال مانند نوع محدود (متشر) **Diffuse** و پروگریمال (مثل ناحیه‌ی فوقانی بازو، ران‌ها و تنہ).

در فرم نادر **sin-scleroderma** خیم شدگی پوستی وجود ندارد و فقط چند تظاهر تیپیک اسکلرودرمی مثل تلانژکتازی، رینود یا فیبروز ریه دیده می‌شود.

۱ خانم ۴۵ ساله‌ای با شرح حال از تغییر رنگ اঙگستان دست در مواجهه با سرما و تورم اخیر دست‌ها مراجعه کرده‌اند. در بررسی اولیه ریه، قلب، کبد و تیرؤیید نرمال است. کدام اقدام زیر در جهت تشخیص کمک کننده می‌باشد؟

- کاپلر و سکوپی
- HRCT ریه
- آنژیوگرافی عروق دست
- MRI دست

۱- علائم پوستی در اسکلرودرمی شامل ضخیم شدن و کلسینوز (رسوب کلسیم در بافت عمقی) پوستی و آکرواستئولیز (خوردگی استخوان بند انتهایی انگشت) است.

▼ تلانتکتازی (اتساع عروقی) و عروق نامنظم در بستر ناخن، لبها، صورت، نوک انگشتان و مخاط دهانی قابل مشاهده است.

▼ پدیده‌ی رینود شایع‌ترین تظاهر اسکلرودرمی است که با تغییر رنگ پوست نسبت به سرما مشخص می‌شود؛ این تغییر رنگ در سه مرحله و به ترتیب سفید و رنگ پریده (pallor)، آبی (سیانوتیک به علت وازواسپاسم) و قرمز (پرخونی و اکنشی) ایجاد می‌شود. رینود ممکن است از یک یا دو انگشت شروع شود و به مرور تمام انگشتان را درگیر کند.

در بیمار مبتلا به اسکلرودرمی، تجویز کدام دارو خطر پیدایش زخمهای جدید انگشتان را کاهش می‌دهد؟ (پرهانترنی شهریور ۹۴ - قطب اصفهان)

۱۰۰	نیفديپين	ا
۱۰۱	کاتیور مل	ج
۱۰۲	بوستان	د
۱۰۳	لوزارتان	ب

بلوک کننده‌های کانال کلسیمی (CCB) مثل نیفیدیپین و آملودیپین، می‌توانند پدیده‌ی رینود را کنترل کند. علاوه بر این داروی بوسنتان (Bosantan) و نیتروگلیسیرین موضعی از تشکیل زخم‌های جدید جلوگیری می‌کند.

		٢	١	سؤال
		د	الف	پاسخ

پنج ۴- افتراق رینود اولیه از ثانویه (بیماری رینود)

رینود ثانویه که ماتا الان در موردش صحبت می‌کردیم (مثلاً ناشی از اسکلرودرمی) چند ویژگی داره که در رینود اولیه دیده نمیشه:

ANA مثبت

اولسر و نکروز نوک انگشتان

وقوع در سن بالای ۳۰ سال

تلانژکتازی مویرگ‌های قاعده ناخن

سابقه‌ی خانوادگی منفی

خانم ۲۰ ساله / رنگ پریدگی انگشتان دستها در تماس با هواهای سرد / دارای اسکار فرورفته در نوک تعدادی از انگشتان / در کاپیلاروسکوپی؛ اشباع عروق مویرگی قاعده‌ی ناخن‌ها / کدام مورد در این بیمار در افتراق رینود اولیه از ثانویه کمک نمی‌کند؟ (پرهاتنزی اسفند ۹۶- قطب شیراز)

سن بیمار

اسکار نوک انگشتان

ANA مثبت

اتساع عروق قاعده‌ی ناخن

پنج ۳- درگیری ریه

بیماری بینایینی ریه (ILD) و پولمونری هایپرタンسیون شایع‌ترین تظاهر ریوی اسکلرودرمی هستند که ویژگی‌های هر کدام را می‌بینیم:

شش ۷- بیماری بینایینی ریه (ILD)

سرفه‌های خشک و تنگی نفس تدریجی

کاهش FVC در اسپیرومتری

درگیری اینترستیشیوم ریه در CXR

فیروز ریوی در HRCT

Anti-Scl 70 مثبت که خطر ILD را بیشتر می‌کند؛ بنابراین در اسکلرودرمی

(به خصوص فرم منتشر) حتماً این آنتی‌بادی را چک می‌کنیم.

شش ۷- پولمونری هایپرタンسیون (PAH)

تنگی نفس و ادم اندام تحتانی

نرمال FVC

کاهش DLCO

ضخیم‌شده لایه‌ی ایتیمای شریان پولمونری

آنتی بادی Anti Centromer مثبت که خطر PAH را بالا می‌برد و در

اسکلروز سیستمیک (فرم limited) بیشتر دیده می‌شود.

پس این مریض رو به عنوان کیس تبیک اسکلروز سیستمیک اونم از نوع محدود یاد بگیر.

	۴	۳	سؤال
	ج	الف	پاسخ

۵ خانم ۴۵ ساله با سابقه‌ی رینود و سفتی پوست منتشر از سه سال قبل با شکایت تنگی نفس به درمانگاه مراجعه کرده است. در بررسی تنگی نفس کدام اقدام زیر کمتری می‌کند؟
(پرهاتنرنسی شهریور ۹۷ - قطب اصفهان)

- ۱ اسپیرومتری
- ۲ اکوکاردیوگرافی
- ۳ کاپیلوروسکوپی
- ۴ سی‌تی اسکن ریه

پنج ۳۰ پس برای بررسی ریوی در بیمار مبتلا به اسکلرودرمی چه مواردی را درخواست می‌کنیم؟

- ۱ اسپیرومتری
- ۲ ریه CT-scan

۳- آنتی‌بادی‌های Anti-Scl 70 و آنتی‌سانترومر در درمان بیماری بینایینی ریه (ILD) داروی‌های مایکوفنولات موتفیل (کم کردن سرعت کاهش عملکرد ریه) و سیکلوفسفاماید (عوارض بیشتر) و در نهایت پیوند ریه موثر است.

۶ خانم ۳۴ ساله با سابقه‌ی اسکلرودرمی منتشر از یکسال قبل و فریکشن راب تاندونی قابل لمس و فشار خون بالا مراجعه کرده است. در آزمایشات بیمار پروتئینوری و هماچوری وجود دارد.
LDH=1120, Hb=7.5, Cr=2/2, PLT=55000, Retic Count=8%

برای بیمار فوق چه تشخیصی مطرح می‌شود؟
(پرهاتنرنسی اسفند ۹۶ - قطب مشهد)

- ۱ گلومرولونفریت سریعاً پیشرونده (RPGN)
- ۲ آنمی همولیتیک
- ۳ پورپورای ترومیوتیک ترومبوسیتوپنیک (TTP)
- ۴ کریز کلیوی اسکلرودرمی

پنج ۳۱ - بحران کلیوی اسکلرودرمی تقریباً فقط در اسکلرودرمی منتشر دیده شده و با افزایش ناگهانی فشار خون و نارسایی کلیوی پیش‌رونده مشخص می‌شود و با افزایش کراتینین سرم، پروتئینوری، هماچوری، الیگوری و گاهی آنمی همولیتیک میکروآنژیوپاتیک و ترومبوسیتوپنی همراه است. آنتی‌بادی Anti-RNA polymerase III خطر کریز کلیوی را افزایش می‌دهد.

۳۲ به غیر از موارد بالا چیا مارو به کریز کلیوی مشکوک می‌کنند؟

۱ وجود صدای مالشی تاندون یا friction rub

۲ کریز کلیوی که بیشتر در مراحل اولیه بیماری (اولین سال‌ها) ایجاد می‌شود.

۳ وجود آنمی جدید یا علائمی مثل سردرد، پریکاردیال افیوزن، CHF

۷ خانم ۴۰ ساله با سابقه‌ی اسکلرودرمی با فشار خون $150/90$ میلی‌متر جیوه مراجعه کرده است. کدامیک از موارد زیر جهت درمان، منع مصرف دارد؟ (پرهاتنرنسی اسفند ۹۶ - قطب اهواز)

- ۱ کاپتپریل
- ۲ متورال
- ۳ آمیلودپین
- ۴ لوزارتان

پنج ۳۳ درمان کریز کلیوی
حتماً بیمار رو بستری کن و برآش یک داروی I (مثل کاپتپریل) شروع کن؛ البته آناتاگونیست رسپتور آنژیوتانسین یا ARB (مثل لوزارتان) هم می‌شود. هدف درمانی، فشار کمتر از $125/75$ است.

۳۴ یادت باشه بتابلوکرها (مثل متورال) در کریز کلیوی کنتراندیکاسیون نسبی دارند.

۵- تظاهرات گوارشی اسکلرودرمی میتوانه از دهان تا رکتوم رو شامل بشه مثل دیسفاری، رفلاکس، نفخ، اسهال، انسداد کاذب، پرفوریشن، بیوست، دیورتیکول با دهانه‌ی گشاد در روده (بطری شکل)، پرولاپس رکتوم، شل شدن اسفنکتر داخی و بی‌اختیاری مدفعه.

۶- تظاهرات قلبی مثل میوکاردیت و پریکاردیت، فیروز میوکارد و فیروز سیستم هدایتی که باعث آریتمی می‌شود.

سؤال	۵	۶	۷
پاسخ	ج	د	ب

۷- تظاهرات اسکلتی عضلانی

❖ فیبروز تاندون‌ها و ایجاد صدای مالشی تاندون (friction rub) که در فرم اسکلروز سیستمیک خیلی شایع است.

❖ آتروفی و فیبروز عضلات اسکلتی (مشا به پلی میوزیت)

❖ ضعف عضلانی غیرپیشرونده

❖ فیبروز سینوویوم و گاهی آرتروپاتی تخریبی

❖ آخر کاری بیا بهت تفاوت‌های اسکلرودرمی محدود و منتشر رو بگم:

❖ تَّ ویزگی‌های اسکلرودرمی محدود (limited)

❖ سندروم CREST شامل کلسینوز، رینود، ازوفاگوس (مری) و اختلالات آن، اسکلروداکتیلی (soft tissue) پوست انجستان) و تلانژکتازی.

❖ پولمونری هایپرتنشن و Anti centromere AB هم در فرم محدود شایع ترند.

❖ تَّ ویزگی‌های اسکلرودرمی منتشر (Diffuse)

❖ صدای مالشی تاندون یا friction rub

❖ در گیری کلیه، پارانشیم ریه (ILD)، قلب و روده

❖ آنتی بادی‌های Anti SCL 70 و Anti RNA polymerase III

❖ جمع‌بندی آنتی بادی‌های مهم تو اسکلرودرمی هم پایین بین

❖ افزایش فطر Anti centromere AB

❖ افزایش فطر بیماری بینابنی ریه Anti SCL70

❖ افزایش فطر کریز کلیوی Anti-RNA polymerase III

❖ در بیماران چهار اسکلروز سیستمیک کدام یافته بیشتر به نفع فرم منتشر (Diffuse) بیماری است؟ (برهانترنی شهریور ۹۳ - قطب اهواز)

❖ افزایش فشار شریان پولمونر

❖ کلسینوز نواحی اکستانسور

❖ تلانژکتازی صورت

❖ Friction rub تاندونی

خدا!

این امتحان رو پاس کن!

چوں میدم از ایشترنی ریله بخونم



❖ عزیز! دوو! بیار، تو میتوونی... تست تمدینی یادت نه!

من بسیار به شانس و اقبال عقیده دارم!

و متوجه شده‌ام هر چه بیش تر پشتکار و تلاش کنم

بیش تر شانس می‌آورم!

استفان لیلک

		۸	سؤال
		د	پاسخ

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها	فیلی موم	۱

- ۱ در مورد اسپوندیلیت انکیلوزان همه موارد زیر صحیح است، به جز: (پرهاترنی دی ۹۹- میاندوره‌ی کشوری)
- ۲ یووئیت قدامی یکی از تظاهرات خارج مفصلی شایع به ویژه در افراد با HLAB27 مثبت می‌باشد.
- ۳ اولیگوآرتریت محیطی، انتزیت و داکتیلیت در زن‌ها شایع‌تر است.
- ۴ درد کمر در این افراد صبح‌ها بیشتر بوده و گاهی بیمار را از خواب بیدار می‌کند.
- ۵ سبب اولیگوآرتریت قرینه در اندام‌های فوقانی می‌شود.

پنج اسپوندیلوآرتروپاتی شامل پنج دسته بیماری است:

۱- اسپوندیلیت انکیلوزان

۲- آرتریت واکنشی (سندرم رایتر)

۳- آرتروپاتی پسوریاتیک

۴- آرتروپاتی انتروپاتیک

۵- اسپوندیلوآرتروپاتی تمایز نیافته

این اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها یک سری ویژگی‌های مشترک و مهم دارند:

۶ **ANA و RF منفی** که به همین دلیل بهشون اسپوندیلوآرتروپاتی سرونگاتیو می‌گن.

۷ **HLA-B27 مثبت** به خصوص در اسپوندیلیت انکیلوزان و آرتریت واکنشی که منفی شدن آن رد کننده نیست.

۸ آرتریت مفاصل محوری مثل ساکروایلیت و اسپوندیلیت؛ پس مهم‌ترین علامت بیمار، درد کمر و گردن التهابی است که در استراحت شروع شده، با فعالیت بهتر می‌شود و با خشکی صبحگاهی بیشتر از نیم تا یک ساعت همراهی دارد.

۹ آرتریت مفاصل محیطی **الیگوآرتریت غیر قرینه** به خصوص در اندام تحتانی، پس دال غلطه.

۱۰ مزمن شدن آرتریت با HLA-B27 مرتبط است.

۱۱ **انتزیت** التهاب محل اتصال تاندون و ... به استخوان مثل تندرنس و درد در تاندون آشیل، آپونوروز کف پا، زوائد خاری مهره‌ها، محل اتصال دندنه به استرنوم.

۱۲ **داکتیلیت** التهاب و تورم انگشتان (انگشت سوسیسی).

پنج **یووئیت قدامی** به صورت حمله‌ای به خصوص در موارد **HLA-B27** مثبت بروز می‌کند که اغلب حاد، یک طرفه و همراه با درد، فتوفوبی، قرمزی و تاری دید می‌شود.

نایینایی می‌شود.

سؤال	۱	۲
پاسخ	د	الف

۷۴) آئورتیت \Rightarrow التهاب آئورت صعودی که می‌تواند باعث دایسکشن آئورت و نارسایی دریچه‌ی آئورت شود. آریتمی هم از عوارض اسپوندیلوآرتروپاتی است. پریکاردیت و میوکاردیت با اسپوندیلوآرتروپاتی ارتباط ندارند.

۱) در اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها، کدام درگیری قلب کمتر رخ می‌دهد؟ (پرهانترنی اسفند ۹۴-قطب اصفهان)

۱) آریتمی

۲) دایسکشن آئورت

۳) پریکاردیت

۴) نارسایی دریچه‌ی آئورت

۷۵) فیبروز ریه به خصوص بخشن فوقانی

۱) هر کدام از این علائم به خصوص کمردرد التهابی و انتزیت رو دیدی یک گرافی لگن بگیر که ساکروایلئیت رو رد یا تأیید کنی، اگر نرمال بود ولی همچنان شک داشتی، از MRI کمک بگیر.

۲) اولین درگیری‌های مفصلی در اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها، ساکروایلئیت و اسپوندیلیت است که به ترتیب ستون فقرات لومبار، گردنی و در آخر توراسیک را می‌گیرد.

۱) مرد جوان دچار الیگوآرتزیت اندام تحتانی به صورت غیر قرینه از یک ماه قبل مراجعه کرده است. در معاینه علاوه بر آرتزیت، التهاب و تندرننس در تاندون آشیل راست و داکتیلیت در انگشت دوم پای چپ مشاهده می‌شود. مناسب‌ترین اقدام تشخیصی کدام است؟ (پرهانترنی شهریور ۹۴-قطب کرمان)

۱) درخواست FANA

۲) رادیوگرافی Sacroiliac

۳) رادیوگرافی از Foot

۴) درخواست HLAB27

۷۶) تغییرات استخوانی در اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها چجورید؟

۱) استخوانی شدن دیسک بین‌مهره‌ای

۲) سین‌دسموفیت و ایجاد پل استخوانی بین دو مهره، فیوزن مهره‌ای و ایجاد

نمای بامبو (bamboo sign)

۳) اسکلروز و مربعی شدن body مهره

۴) درگیری مفاصل کوستوورتبرال که باعث محدودیت حرکات قفسه‌ی سینه و

تنفس می‌شود.

این ویژگی‌هایی که گفتیم بیشترشون در اسپوندیلیت آنکیلوزان (AS) دیده

میشون، پس بریم سراغ بقیه.

۱) بیمار مرد ۳۷ ساله‌ای است که با کمر درد التهابی مراجعه نموده است و سابقه‌ی آن را از دو سال قبل می‌دهد. در رادیوگرافی از لگن بیمار اسکلروز و erosion در مفاصل ساکروایلیاک دو طرف دارد. در مورد وی کدام گزینه صحیح است؟ (پرهانترنی اسفند ۹۳-قطب آزاد)

۱) جهت تشخیص نیاز به HLA-B27 مثبت داریم.

۲) جهت تشخیص نیاز به افزایش CPR و ESR

داریم.

۳) بیمار مبتلا به اسپوندیلیت انکیلوزان است.

۴) لگن درخواست MRI می‌کنیم

پاسخ	۵	۴	۳	سوال
	ج	ب	ج	

مرد جوانی با کوئنکتیویت و الیگوآرتربیت اندام تحتانی مراجعه کرده است. دردهای بیمار صبح بیشتر بوده و خشکی صبحگاهی ۲ ساعت دارد. در معاینه تورم تاندون آشیل دارد. سه هفته قبل سابقه عفونت ادراری دارد. آفت دهان و ضایعه پوستی را ذکر نمی‌کند. کدام تشخیص بیشتر مطرح است؟ (پرهازنی دی ۹۹-میاندوره کشوری)

آرتربیت روماتوئید

سندرم رایتر

اسپوندیلیت آنکیلوزان

Still بالغین

پاسخ آرتربیت راکتیو (سندرم رایتر)

آرتربیت راکتیو یا واکنشی در واکنش به اورتربیت کلامیدیایی و یا اسهال عفونی ایجاد می‌شود در نتیجه باید حتماً به شرح حال اسهال و رابطه جنسی اخیر بیمار دقت کنی. علاوه بر ویژگی‌هایی که اول فصل گفتیم، شش مورد زیر تو افتراق آرتربیت راکتیو از بقیه کمک می‌کنند:

آرتربیت

کوئنکتیویت به صورت قرمزی چشم

زخم دهانی

ضخیم شدن ناخن بدون فرورفتگی (Non Pitting)

بالانیت حلقوی: راش روی پنیس

کراتوندرا م بلنوراژیکوم: راش کف دست و پا

سابقه‌ی فعالیت اخیر جنسی یا اسهال

آرتربیت واکنشی حاد، معمولاً خود محدود شونده است، فقط برای کنترلش به چهار نکته‌ی زیر دقت کن:

۱- برای کنترل علائم مفصلی می‌توانیم از NSAID و تزریق داخل مفصلی

گلوکورتیکوئید استفاده کنیم.

۲- در این بیماری باید کلامیدیا تراکوماتیس و بیماری‌های مقابله‌ی رو در بیمار و

شریک جنسیش بررسی و درمان کنیم.

۳- در درمان آرتربیت واکنشی ناشی از دیسانتری، آنتی‌بیوتیک موثر نیست.

۴- اگر آرتربیت واکنشی مزمن همراه با اسپوندیلیت بود، باید مثل سایر اشکال اسپوندیلیت درمان شود.

پاسخ آرتربیت پسوریاتیک

آرتربیت پسوریاتیک همونظروری که حدس زدی می‌تواند با بیماری پوستی پسوریازیس همراه باشد. کیس تیپیکش خانمی با درد و تورم مفاصل بزرگ

اندام تحتانی و درگیری مفاصل بند دیستان انگشتان دست به همراه فرورفتگی ناخن‌ها (Pitting) است. پس علاوه بر اون چیزی که اول فصل گفتیم، موارد

پایین هم کنار اسم آرتربیت پسوریاتیک تو ذهن ت ثبت کن:

۱- الیگوآرتربیت غیرقرینه‌ی مفاصل کوچک و بزرگ اندام تحتانی. مثلاً مچ

پا و زانو

ج

پاسخ

۶

پاسخ

۷

پاسخ

			سؤال
			پاسخ

Ⓐ آرتريت موتيلان يا خورنده به خصوص تو بند ديسطال انگشت که باعث

کچ و معوج شدن انگشت و نمای pencil in cup ميشه.

Ⓑ پلي آرتريت قرينه مفاصل کوچک مثل آرتريت روماتوئيد

Ⓒ اسپونديلوآرتروپاتى

Ⓓ اسيد اوريک بالاي خون (به دليل افزايش متابوليسم سلولی)

الله مبتلایان به ايدز اگر به آرتريت پسورياتيك مبتلا بشن، نوع شدیدش رو می گيرن.

آرتريت انتروپاتيك (IBD) در مبتلایان به بيماري التهابي روده (کرون و کولیت اولسروز) به صورت اپیزودیک ایجاد می شود.

پرسج درمان اسپونديلوآرتروپاتی ها در مرحله ای اول فيزيوتراپی و NSAID مثل ايندومتاسین است، که اگر جواب نداد به عنوان خط دوم، داروي های ضد TNF- α مثل اينفلکسی ماب یا ااتانرسپت شروع می کنيم.

▼ کورتون سیستمیک در کنترل عالیم مفصلی این بیماری جایگاهی ندارد ولی تزریق کورتون داخل مفصلی میتواند عالیم را کاهش دهد.

▼ داروهای سرکوب کننده ایمنی مثل سولفاسالازین یا متوتروکسات روی اسپونديلوآرتريت محوری یعنی کمر درد هیچ تأثیری نداشته و فقط به بهبود درگیری محیطی کمک می کنند.

Ⓐ آقای ۳۸ ساله با شکایت درد کمر همراه با خشکی صبح گاهی یک ساعته از ۵ ماه قبل مراجعه کرده است. در معاینه محدودیت حرکات کمری در تمام جهات دارد. در رادیوگرافی کاهش فضای دو طرفه مفاصل ساکرواپلیکاک و اسکلروز ساب کوندرال دو طرفه مشهود است. اولین داروی مناسب جهت درمان کدام است؟ (پرهاترنی شهریور ۹۹-کشوری)

Ⓐ ايندومتاسين

Ⓑ متوتروکسات

Ⓒ اينفلکسی ماب

Ⓓ سولفاسالازین

❖ تست تمرينی يادت نرها

اشبه است گل گلويم عشق کور است! حقیقت این است که عشق نسبت به نعمت ها

و ضعف هایی که به فوبی می بیند، بی تفاوت است.... گاهی در ویژه کسی که دوست می دارد

پیزی می باید که احساس می کند تعریف ناکردنی است

و بیش از هر چیز دیگری اهمیت دارد...!

آندهه موروا

		۸	سؤال
الف			پاسخ

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
میوپاتی‌های التهابی	غیرمهم	۱

سه میوپاتی التهابی مهم رو تو این فصل یاد می‌گیری:

﴿ درماتومیوزیت (DM)

﴾ پلی‌میوزیت (PM)

﴿ میوزیت انکلوزیون‌بادی (IBM)

۱- در کدام بیماری احتمال درگیری عضلات دیستال بیشتر است؟ (پرهاتنری اسفند ۹۶)

قطب زنجان

﴿ میوپاتی ناشی از کورتون

﴾ درماتومیوزیت

﴾ پلی‌میوزیت

﴾ میوزیت جسم انکلوزیونی

پاسخ این سه تایک سری ویژگی‌های مشترک و اختصاصی دارن؛ مشترکاتشون

رو اول بخون:

۱- ضعف پیشروندهی عضلات مخطط

﴿ در پلی‌میوزیت و درماتومیوزیت به صورت قرینه و بیشتر نواحی پروگزیمال

﴿ در میوزیت انکلوزیون‌بادی به صورت غیر قرینه و بیشتر نواحی دیستال،

که این درگیری دیستال و شروع شدنش از دیستال اندام وجه افتراق خیلی

مهم انکلوزیون‌بادی از دو تای دیگه است. البته IBM هم دیستال و هم

پروگزیمال رو می‌تواند درگیر کند.

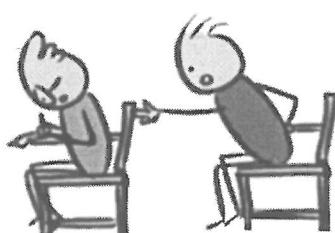
﴿ حالا این همه دیستال پروگزیمال گفتیم، یعنی چی؟!

در ضعف پروگزیمال بیمار نمی‌تونه لباس خودش رو بپوشه، موهاش رو شانه

کنه، تنهایی از صندلی بلند شه یا از پله‌ها بالا ببره ولی تو راه رفتن روی زمین

صف مشکلی نداره.

﴿ بگو منم بنویم!



در ضعف عضلات دیستال مثلاً بیمار نمی‌تونه کارهای ظریف با دست‌ها و

مج انجام بده مثل بستن دکمه‌ی لباس یا بستن بند کفش.

۲- افزایش آنزیم‌های عضلانی مثل آلدولاز (اختصاصی‌تر) و کراتین فسفوکیناز

(CPK-MM) و آنزیم‌های کبدی (ALT و AST).

﴿ این افزایش آنزیم رو در تمام موارد نداریم، با این حال برای تست‌های

تشخیصی اولیه آنزیم‌های عضلانی و کبدی رو درخواست می‌کنیم.

۳- تغییرات نوار عصب و عضله (EMG)

۴- نکروز فیبرهای عضلانی و ارتشاح سلول‌های تک هسته‌ای (عده‌تا

لنفوسيت) در بیوپسی عضله

- ۵- تغییرات ایمونوپاتولوژیک
- در درماتومیوزیت \Rightarrow بیشتر Tcell CD4+ و Bcell
- در پلیمیوزیت و میوزیت انکیلوزیون بادی \Rightarrow بیشتر Tcell CD8+
- ۶- معاینات نوروЛОژیک و رفلکس‌های نرمال
پس سه تست مهم می‌توان در تشخیص میوپاتی‌ها کمک کنن \Rightarrow
- ۱- آنژیم‌های عضلانی و کبدی
 - ۲- نوار عصب عضله
 - ۳- در نهایت بیوپسی عضله

حالا ببریم که تک‌تک بررسی‌شون کنیم:

۱- زن ۲۵ ساله‌ای با ضعف عضلات پروگزیمال اندام تحتانی مراجعه کرده است. در بیوپسی عضلاتی علاوه بر سلول‌های CD4 و CD8 شواهد آسیب عروقی به صورت گشادی مویرگ و ترومبوز وجود دارد. کدام تشخیص مطرح است؟

(پرهاترنی شهریور ۹۴- قطب اهواز)

- درماتومیوزیت
- پلیمیوزیت
- ربادومیلیز حاد
- میوپاتی دارویی

۲- بیماری با عدم توانایی در بالا رفتن از پله مراجعه کرده است. سابقه‌ای از مصرف دارو نمی‌دهد. در معاینه قدرت عضلات اندام تحتانی و فوقانی سه پنجم است. قرمزی پشت پلک و ادم پره‌اوربیتال وجود دارد. همه‌ی علائم زیر با تشخیص بیمار قابل توجیه است

جز: (پرهاترنی اسفند ۹۳- قطب کرمان)

- Nasal Regurgitation
- Gastro esophageal reflux
- Arrhythmia
- Polyarthritis

۳- بیشتر در خانم‌ها و سینین بزرگ‌سالی دیده می‌شوند، البته درماتومیوزیت را در سینین کودکی هم می‌توان دید. در پلی و درماتومیوزیت علاوه بر ویژگی‌های مشترک میوپاتی‌های التهابی که اول فصل گفتیم، تظاهرات دیگری هم داریم، مثل: میالژی، دیسفاژی و درگیری قسمت فوقانی مری (در پلیمیوزیت)، درگیری ریوی (مثل بیماری بینایینی ریه، هایپرتانسیون ریوی، پنومونی و فیروز ریه)، درگیری قلبی (میوکاردیت، آریتمی و ...)، آرتیت قرینه و غیرتخریبی و بدخیمی. \clubsuit خطر بدخیمی در درماتومیوزیت بیشتر از پلیمیوزیت است.

۴- یاد باشه بیماری گاستروازوفاژیال رفلکس (GERD) رو که اسفنکتر تحتانی مری رو درگیر می‌کنه در میوپاتی‌ها نمی‌بینیم.

درماتومیوزیت تظاهرات پوستی اختصاصی خود را دارد، شامل:

۵- علامت گوترون (Gottron sign) \Rightarrow راش قرمز و اریتماتو روی سطوح اکستانسور مفاصلی مثل زانو، آرنج، مج پا و پاپول‌های قرمز یا بنفش روی PIP و MCP

۶- علامت V (V-sign) \Rightarrow راش قرمز روی سطوحی که در معرض آفتاب است مثل گردن و قفسه‌ی سینه.

۷- علامت شال \Rightarrow راش قرمز روی گردن، شانه و قفسه‌ی سینه.

۸- راش هلیوتروب \Rightarrow راش آبی یا بنفش روی پلک‌های فوقانی و (گاهی تحتانی) همراه با ادم پره‌اوربیتال.

	۳	۲	سؤال
پاسخ	ب	الف	

۱ آقای ۶۳ ساله با سابقه ضعف عضلانی

پیشرونده از ۲ سال قبل مراجعه کرده است. در معاينه قدرت عضلات دیستال و پروگزیمال اندام تحتانی و فوقانی ۴/۵ است. معاينات نورولوژیک نرمال است، محتمل ترین تشخیص کدام است؟
(پرهاترنی شهریور ۹۵ - قطب اهواز)

۱۱ درماتومیوزیت (DM)

۱۲ پلیمیوزیت (PM)

۱۳ دیستروفی عضلانی

۱۴ میوزیت انکلوزیون بادی (IBM).

۲ خانم ۴۰ ساله‌ای با شرح حال سه ماهه ضعف

پاها که هنگام بالا رفتن پله تشدید می‌شود، مراجعه کرده است. در معاينه قرمزی پلکها دیده می‌شود. آزمایشات به شرح زیر است:
CPK=3000(<195) , LDH=1900(<480) , AST=80(<30) ALT=100(<30)

مثبت شدن کدام اتو آنتی بادی پیش‌آگهی را بهتر می‌کند؟ (پرهاترنی شهریور ۹۴ - قطب اصفهان)

۱۵ Anti- Mi2

۱۶ Anti- SRP

۱۷ Anti- ds DNA

۱۸ anti- Jol

۳ خانم ۵۰ ساله با شکایت ضعف در بلند شدن

از زمین همراه با راش بر روی صورت و دستها از سه ماه قبل مراجعه کرده است. در آزمایشات (CPK=4000 IU <195) می‌باشد. تمامی موارد زیر توصیه می‌شود، بجز: (پرهاترنی اسفند ۹۹

۱۹ مشترک کشوري)

۲۰ چک anti- CCP

۲۱ ماموگرافی

۲۲ شروع پردنیزولون

۲۳ الکترومیوگرافی

۱۵ میوزیت انکلوزیون بادی (IBM)

در مردان و سینین بالای ۵۰ سال شایع‌تر است. که قبلًا تقریباً تمام ویژگی‌های مهمش رو گفتیم. در IBM علاوه بر ضعف پیش‌رونده عضلات مخطط، دیسفارژی هم شایع است. ولی اثری از ILD، میوکاردیت و بدخیمی نیست.

۱۶ اتوآنتی‌بادی‌ها در میوپاتی‌های التهابی

۱-۱ Anti-Jo-1 (آنتی سنتاز) شایع‌ترین اتوآنتی‌بادی در درماتومیوزیت و پلی‌میوزیت است که به خصوص در همراهی با ILD دیده می‌شود. به همراهی علائم میوپاتی التهابی با تب، آرتربیت (غیر تخریبی)، پدیده‌ی رینود، Anti-Jo-1 ILD و مثبت سندروم آنتی‌سنتاز گفته می‌شود.
۲-۲ Anti-Mi-2 اغلب در درماتومیوزیت و در همراهی با تظاهرات پوستی دیده می‌شود. ۲ Anti-Mi-2 مثبت نشان‌دهنده‌ی پیش‌آگهی و پاسخ به درمان بهتر است.

۳-۳ Anti-SRP در پلی‌میوزیت و به خصوص با ڈرگیری قلبی همراهی دارد و نشان‌دهنده‌ی پیش‌آگهی بد و پاسخ به درمان ضعیف است.
۴-۴ ANA چون در هر سه نوع میوپاتی می‌تواند دیده شود، ارزش تشخیصی ندارد.

۱۷ بخورد با درماتومیوزیت و پلی‌میوزیت

برخورد با درماتو و پلی‌میوزیت، سه جزء دارد:

۱-۱ نشخیص استفاده از ابزارهایی مثل سطوح آنژیم عضلانی، نوار عصب - عضله (الکترومیوگرافی)، آنتی‌بادی‌هایی مثل Anti-Jo-1 ، Anti-Mi-2 و بیوپسی عضله یا ضایعات پوستی.

۲-۲ درمان کورتیکواستروئید (خط اول).

۳-۳ پیگیری تمام بیماران به خصوص درماتومیوزیت (به علت خطر بیش‌تر بدخیمی) رو باید از ۴۰ سالگی به بعد از نظر بدخیمی‌هایی مثل سرطان تخدمان، پستان (با ماموگرافی)، پروستات، ریه، کولون و لنفوم غیره و چکین بررسی کنیم.

۶	۵	۴	سؤال
الف	الف	د	پاسخ

یه کوچولو هم از بیماری‌های سیستمیکی که با علائم روماتولوژی همراهی دارن بگیم، مثل سارکوئیدوز.

پنج سارکوئیدوز

سارکوئیدوز یک اختلال گرانولوماتوز با علت ناشناخته است که معمولاً در سنین کمتر از ۵۰ سال دیده می‌شود و ارگان‌های مختلفی از جمله پوست، ریه، غدد لنفاوی و ... را درگیر می‌کند. از تظاهرات روماتولوژیک سارکوئیدوز می‌توان آرترازی، آرتربیت (پلی آرتربیت غیرتخربی بیشتر زانو و مچ) و میوپاتی رانام برد. اگر آرترازی با تب، اریتم ندوزوم و لنفادنوباتی دو طرفه‌ی ناف ریه همراه بود سندروم لوفگرن خوانده می‌شود که گرفتن یک CXR جهت بررسی ناف ریه اولین اقدام تشخیصی است. این خانم ۲۷ ساله که با تب، آرتربیت و ضایعات پوستی مشکوک به اریتم ندوزوم او مده کیس تیپیک سارکوئیدوز حساب می‌شود.

۷ خانم ۲۷ ساله با درد مچ پای دو طرف که از ۲

هفته قبل شروع شده در حال لنگیدن وارد مطب می‌شود.

تب خفیف را در طی این دو هفته ذکر می‌کند. ضایعات

دردناک بنشش رنگی روی ساق هر دو پا دیده می‌شود که

تندرنس دارند مچ هر دو پا متورم و کمی تندر است. ولی

اریتم ندارد. کدام بررسی را انجام می‌دهید؟ (پرهاترنی

اسفند ۹۳ - قطب مشهد)

۱۱ مایع مفصلي Tap

۱۲ بررسی سطح سرمی اسید اوریک

۱۳ CXR

۱۴ ANA

۶ میدونستی تا الان نصف راه رو او مردی؟! (حالا که (دونستی برو سوالاش رو تو تست تمرینی بزن.

تنها فردی که لایق عشق است کسی است که:

معنی هر فهای نزد هات را بهتر از فودت بفهمد...

لئون تروتسکی

		۷	سؤال
	ج		پاسخ

عنوان	عنوان	اهمیت	تعارف سوالات در آزمون‌های کشوری
واسکولیت	غیرموم	غیرموم	و

- ۱ کدامیک از علائم بالینی زیر در بیماران مبتلا به واسکولیت، نشان دهندهی درگیری واسکولیتی عروق کوچک (small vessel) است؟ (پرهاترنی اسفند ۹۶ و ۹۷- قطب تبریز)
- ۱ ندول جلدی در دنایک
۲ لویدورتیکولاریس
۳ خونریزی آلوئولی منتشر
۴ مونونوریت مولتی پلکس

پسخ واسکولیت‌ها براساس اندازهی عروق درگیر به سه دسته واسکولیت عروق بزرگ، متوسط و کوچک تقسیم می‌شوند که ویژگی‌های خود را دارند:

واسکولیت عروق کوچک (مثل هنخ شوئن‌لین و پلی‌آنژیت میکروسکوپیک) پورپورا، کهیر، ضایعات وزیکوبولوس پوستی، خونریزی آلوئولی ریه (DAH)، مونونوریت مولتی پلکس، گلومرولونفریت، اسکلریت، اپی‌اسکلریت، یووئیت.

واسکولیت عروق متوسط (مثل پلی‌آرتیت ندوزا و کاوازاكی) ندول‌های پوستی، زخم، لویدورتیکولاریس (ضایعات اولسراطیو روی ساق پا)، گانگرن انگشتان، مونونوریت مولتی‌پلکس چشمی، میکرو‌آنوریسم.

واسکولیت عروق بزرگ (مثل آرتیت سلول ژانت، تاکایاسو و ...) لنگش پا، فشار خون غیر قرینه در اندام‌ها، فقدان نبض، بروئی کاروتید، دیلاتاسیون آورت. علاوه بر این موارد، واسکولیت‌ها یک سری علائم عمومی مثل تب، بی‌اشتهاای، کاهش وزن، سستی، آرتالزی و میالزی دارند.

بریم سر بررسی تک‌تکشون

پسخ آرتیت سلول ژانت یا تمپورال (GCA)

آرتیت تمپورال بیشتر در خانم‌های مسن و با تظاهراتی مثل سردرد مداوم، لنگش فک حین جویدن، تندرنس شریان تمپورال سطحی، افت بینایی (در صورت عدم درمان نایینایی)، ESR بالا، آنمی، Alkp بالا و هایپرگام‌گلوبولینمی دیده می‌شود. تشخیص قطعی آن با کمک بیوپسی از شریان تمپورال و رؤیت سلول‌های ژانت چند هسته‌ای و سلول‌های التهابی تک‌هسته‌ای است. گلوکوکورتیکوئید همراه با آسپرین خط اول درمان آرتیت تمپورال است.

پسخ آرتیت تاکایاسو

آرتیت تاکایاسو یا بیماری بدون نبض (!) معمولاً در خانم‌های حدود ۳۰ سال و

با تظاهرات زیر دیده می‌شود

فشار خون بالا و اختلاف فشار سیستولی بیشتر از 10 mmHg بین دو دست

- ۲ خانم ۲۲ ساله با ضعف، بی‌حالی و کاهش وزن حدود 4 kg در یک سال گذشته، به درمانگاه مراجعه کرده است. بیمار به دنبال فعالیت دچار خستگی و ضعف شدیدی در اندام فوقانی سمت چپ می‌شود، در معانیه فشارخون دست راست 80/120 دست چپ 90/60 است. سایر معایبات ESR=65, WBC=4500, HB=11, Plt=320000 نکته‌ی خاصی ندارد. در آزمایشات: (TA) آرتیت تمپورال، (GPA) واسکولیت گرانولوماتوز و گنر (GPA)، (SLE) بیماری لویوس (Takayasu Arthritis) (SLE).

پاسخ	سؤال	۱	۲	۳
ج	ج	ج	ج	ج

نبود نبض و سمع بروئی در ساب کلاوین یا آئورت

آنوریسم آئورت، تنگی آئورت

لنگش دست‌ها حین فعالیت

درد شکم و تهوع

سردرد، سرگیجه و درد فک

تغییرات بینایی و سنکوپ

تنگی نفس

ESR

آنمی خفیف

تشخیص آرتربیت تاکایاسو با کمک آرتوگرافی (تصویربرداری از عروق) است.

پلی آرتربیت ندوza (PAN)

مرد ۴۰ ساله‌ای با ضایعات پوستی اولسراطیو در ساق پای چپ و درد شکم مراجعه کرده است. وی سابقه‌ی فشارخون داشته و در معاینه مونوپوریت مولتیپلکس دارد. گرافی قفسه‌ی سینه و سدیمان ادراری نرمال است. در آزمایشات ESR بالا و آنمی دارد. کدام تشخیص صحیح است؟ (پرهاترنی شهریور ۹۶-قطب اهواز)

۱ پلی آرتربیت گرانولوماتو

۲ واسکولیت لوپوس

۳ پلی آرتربیت ندوza

۴ کرایوکلوبولینمی

پلی آرتربیت ندوza واسکولیت عروق متوسطی است که با تظاهرات زیر همراه است:

۱ تظاهرات عصبی مثل تشنج و مونونوریت مولتیپلکس که با افتادگی مج دست (شایع تر) و مج پا همراه است.

۲ علائم پوستی مثل ندolu پوستی، لویدورتیکولاریس، رینود و گانگرن انگشتان.

۳ تظاهرات گوارشی مثل درد شکم (به خصوص بعد غذا)، خونریزی گوارشی.

۴ تظاهرات کلیوی مثل آنوریسم و تنگی شریان کلیوی که باعث فشارخون بالا و نارسایی کلیه (افزایش BUN و Creat) می‌شود. یادت باشه گلومرولونفریت و هماچوری دیس‌مورفیک نداریم.

۵ تظاهرات قلبی مثل درد قفسه سینه، CHF و پریکاردیت.

۶ علائم عضلانی- اسکلتی مثل آرتربیت و میالرژی

۷ علائم تناسلی مثل اورکیت حاد (التهاب بیضه) و درد تخدمدان.

۸ ESR بالا و آنمی

تشخیص پلی آرتربیت ندوza با آنژیوگرافی عروقی و رؤیت آنوریسم دانه تسبیحی در شریان‌های کلیه، کبد و سیستم عروقی تمام احشاء است.

واسکولیت عروق کوچک

واسکولیت عروق کوچک دو دسته هستند:

۱ ANCA مثبت \Rightarrow گرانولوماتوز و گنر، پلی آرتربیت میکروسکوپیک، سندرم چرخ استراس.

۲ ANCA منفی \Rightarrow پورپورای هنوخ شوئن لاین و ...

		۴	سویلیل
	ج		پلیسخ

۵ خانم ۳۵ ساله با سابقهی سینوزیت مکرر و دفع

ترشحات خونی از بینی مراجعه نموده است. در معاینه آرتیت مفاصل کوچک اندگستان دارد. طی هفته‌ی اخیر تنگی نفس داشته و در CXR دو ندول و کاویته WBC=10000، ESR=70, CRP(2+), C ANCA(+), ANA(-), PPD=5mm.

محتمل‌ترین تشخیص چیست؟ (پرهانترنی شهریور ۹۳)

قطب همدان و تهران)

۶ بیماری تاکایاسو

۷ گرانولوماتوز و گنر

۸ چرچ اشتراس

۹ پلی‌آرتیت میکروسکوپیک

۶ خانم ۳۶ ساله با شکایت تنگی نفس و هموپیزی

مراجعةه کرده است. در معاینه بیمار تاکی کارد و تاکی‌بنه است. در سی‌تی اسکن ریه شواهد خون‌ریزی آلوئولی مشهود است. در آنالیز ادراری RBC-Cast دارد. تست MPO (Anti MPO) با تیتر بالا مثبت است. تشخیص کدام است؟ (پرهانترنی اسفند ۹۳-قطب اهواز)

۱۰ پلی‌آرتیت میکروسکوپی

۱۱ گرانولوماتوز و گنر

۱۲ کرایو‌گلوبولینمی

۱۳ پلی‌آرتیت ندوزا

۷ پسر ۱۰ ساله‌ای به علت درد شکم، تهوع و

استفراغ به اورژانس آورده می‌شود. درد شکم را از سه روز قبل ذکر می‌کند. در معاینه تدرننس مختصر شکم، آرتیت زانوی چپ و پورپورای قابل لمس در ساق پاها دارد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پرهانترنی شهریور ۹۴-قطب تهران)

۱۴ هنوخ شوئن لاین

۱۵ چرچ اشتراس

۱۶ گرانولوماتوز و گنر

۱۷ کاوازکی

۱۸ گرانولوماتوز و گنر (یا گرانولوماتوز با پلی‌آرتیت: GPA)

و گنر، واسکولیت ANCA مثبت (بیشتر از نوع C-ANCA) است که با تظاهراتی مثل سینوزیت مقاوم، اویت مدیا، بینی زینی شکل، خونریزی بینی، ندول و کاویته‌ی ریوی، خونریزی ریوی، تنگی نفس، سرفه، هموپیزی، گلومرولونفربت (RBC و هماچوری)، مونونوریت مولتی‌پلکس، پورپورای قابل لمس، آرتیت مفاصل کوچک، علائم قلبی، ESR خیلی بالا و RF کمی افزایش یافته همراهی دارد. بیوپسی بافت در گیر مثل ریه، کلیه، پوست، سینوس و عصب، بهترین راه تشخیص گرانولوماتوز و گنر است.

۱۹ پلی‌آرتیت میکروسکوپیک (MPA)

پلی‌آرتیت میکروسکوپیک، واسکولیت ANCA مثبت (بیشتر از نوع P-ANCA) است که با تظاهرات بالینی مشابه و گنر بروز می‌کند مثل گلومرولونفربت (کست گلبول سفید یا قرمز و هماچوری)، نارسایی کلیه (افزایش BUN و Creat)، سرفه، هموپیزی، تنگی نفس، خونریزی منتشر آلوئولی، مونونوریت مولتی‌پلکس و ... ولی در MPA برخلاف گنر در گیری مجرای تنفسی فوقانی و ندول ریوی نداریم.

۲۰ پورپورای هنوخ شوئن لاین (HSP)

هنوخ شوئن لاین (واسکولیت IgA) بیشتر در پسر بچه‌های ۴-۷ سال و با تظاهراتی مثل پورپورای قابل لمس در اندام تحتانی، آرتیت (به خصوص مفاصل بزرگ)، درد شکمی، خونریزی از مقعد و در گیری کلیوی (هماقوری میکروسکوپی یا پروتئینوری) دیده می‌شود. لیکن قبل از اینکه فصل رو توموم کنیم، یه کوچلو از بهجت بگم و است، البته از منابع امتحان حذف شده‌ها بهجت یک واسکولیت عروق مختلط است که با تظاهراتی مثل آفت دهانی راجعه، آفت تناسلی، علائم چشمی مثل پان یووئیت دو طرفه (در موارد پیشرفت‌هه نایابنایی)، ضایعات پوستی اریتم ندوزوم و پیودرما گانگرونووزوم، ترومبوز، آوریسم و ... مشخص می‌شود، تشخیص بهجت در صورت همراهی زخم دهانی راجعه با حداقل دو مورد از این چهار مورد، مسجل می‌شود: ۱- زخم تناسلی راجعه، ۲- عوارض چشمی، ۳- ضایعات پوستی، ۴- تست پاترژی مثبت (ایجاد جوش در محل وارد کردن یک سوزن در پوست بعد از ۴۸ ساعت).

۲۱ واسکولیت، رفت فونه‌شون، هالا ریگه چو تفه پاره بـ، رها رها رها تو! تست تمرینی رو یادت نهه.

پاسخ	سؤال	۵	۶	۷
پاسخ	پاسخ	ب	الف	الف

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
کریستالوپاتی‌ها	مهم	۳

۶۴ نقرس

نقرس اولین و مهم‌ترین کریستالوپاتی است که افزایش اسید اوریک سرم یکی از دلایل ایجاد آن است. علاوه بر این عوامل زیر هم با بروز نقرس ارتباط دارند:

Ⓐ سن بالا

Ⓐ فشار خون بالا

Ⓐ بیماری‌های قلبی و کلیوی

اسید اوریک بیشتر از 6.8 mg/dl هایپراوریسمی خوانده می‌شود که موارد زیر در ایجاد آن نقش دارند:

Ⓐ کمبود آنزیم هایپوگزانتین گوانین (سندروم لش نیهان)

Ⓐ کمبود آنزیم G6PD

Ⓐ بیماری‌های ذخیره‌ی گلیکوژنی

Ⓐ اتانول و الکل و اینا ...

Ⓐ داروهای سایوتوكسیک و لوسمی و لنفوم

Ⓐ دهیدراتاسیون

Ⓐ اسیدوز

Ⓐ سرب

Ⓐ داروهایی مثل دیورتیک‌ها (تیازیدی و فورزماید)، پیرازینامید، اتامبوتول، لیوودپا و آسپرین با دوز کم ...

نقرس با توجه به علائم بالینی، سیر و درمانش به حاد و مزمن تقسیم می‌شود:

۶۵ نقرس حاد

نقرس حاد با آرتربیت (درد شدید، تورم، قرمزی و گرمی) حاد مفاصل اندام تحتانی به خصوص متاتارسوفالنژیال اول مشخص می‌شود که به صورت حمله‌ای در فردی که احتمالاً سابقه‌ی قبلی حمله‌ی نقرس رو داره می‌اد و میره! پیک درد بیمار $8-24$ ساعته که در فاز حاد حتی اگر درمان نشه، $5-14$ روز بعد خود به خود فروکش می‌کند. یعنی حملات هم بیمار علامت نداره. نقرس به غیر از مفاصل متاتارسوفالنژیال می‌توانه مج‌پا، زانو، آرنج، مج‌دست و حتی مفاصل کوچک دست رو هم بگیره. به غیر از آرتربیت، علائمی مثل محدودیت حرکات مفصلی و تب هم در نقرس ممکن‌هه داشته باشیم.

۱ خانم ۶۵ ساله‌ای با سابقه‌ی درد، تورم و قرمزی مفصل متاتارسوفالنژیال اول پای چپ مراجعه کرده است که چند بار دچار حمله آرتربیت شده است. بیمار دچار هیپرنسن و هیپرلیپیدمی است و در حال حاضر فورزماید، لوزارتان، آلوپرینول و آتروواستانین مصرف می‌کند. به نظر شما کدام مورد باعث حمله مجدد شده است؟ (پرهاترنی شهریور ۹۵)

قطب شمال)

Ⓐ آلوپرینول

Ⓑ فورزماید

Ⓒ لوزارتان

Ⓓ آتروواستانین

۲ بیمار مرد ۴۰ ساله‌ای است که با شکایت تورم و قرمزی انگشت اول پای راست مراجعه نموده است که از روز قبل شروع شده است. سابقه‌ی آرتربیت در همین مفصل و مج پای راست را از ۲ سال قبل به طور متناسب داشته است که خود به خود بگشود می‌یافته. محتمل‌ترین تشخیص چیست؟ (پرهاترنی شهریور ۹۶- قطب آزاد)

Ⓐ بروسلا

Ⓑ روماتوئید آرتربیت

Ⓒ نقرس

Ⓓ استئوارتریت

پاسخ	۱	۲	سؤال
پاسخ	ب	د	

نقرس مزمن

در نقرس مزمن همومن علائم مرحله‌ی حاد رو ولى با شدت کمتر به همراه توفوس داريم. توفوس به دنبال تجمع کريستال‌های مونوسيديم اورات در لاله‌ی گوش، انگشت‌ها و بورس اوله‌کرانون ايجاد ميشه.

پاسخ تشخيص نقرس

در هر دو حالت نقرس مزمن و حاد با توجه به مطرح بودن تشخيص افتراقی آرتريت سپتیک، انجام آسپیراسیون مایع مفصلی برای تشخيص ضروری است. مایع مفصلی باید از نظر ظاهر، سلول، کريستال و کشت بررسی شود. نتایج آن: آنالیز ظاهر و سلولی \Rightarrow دارای ویژگی‌های التهابی شامل ظاهر کدر، $WBC < 2000$ (ممولاً بیشتر از ۱۰ هزارتا) و $PMN > ۷۰\%$ میکروسکوپی \Rightarrow کريستال‌های سوزنی شکل منو اورات سدیم داخل سلولی با انکسار مضاعف منفی. کشت و اسپیر مایع \Rightarrow منفی.

در فاز حمله نیازی به اندازه‌گيري اسيد اوريک نیست، چون ممکن است بالا، نرمال یا پایین باشد. ولی در فاز مزمن با توجه به هدف درمانی، اندازه‌گيري اسيد اوريک یکی از اقدامات لازم است.

پاسخ درمان نقرس

در حمله یا فاز حاد نقرس علاوه بر بی‌حرکتی مفصل و کمپرس سرد، داروهای کاهنده‌ی التهاب مؤثر است: NSAID مثل ناپروکسن، ژلوفن (ایبوبروفن)، دیکلوفناک، ایندومتاسین و ... که تجویز آن‌ها در نارسایی کلیه و اولسر پیتیک ممنوع است. کلشیسین خوراکی که ۲۴-۴۸ ساعت اول حمله میشه تجویز کرد. کلشیسین در نارسایی کلیه و اختلالات قلبی ممنوع است.

گلوكورتيکوئيد به خصوص فرم داخل مفصلی تو این مریض یا هر مریض دیگه‌ای با مونوآرتريت حاد باید اول آرتريت سپتیک رو دکنیم، ولی اینجا به دو دلیل تشخيص نقرس واضحه: $\text{پل تکرار حملات در یک مفصل یکسان به نفع نقرس است.}$ $\text{پل آرتريت سپتیک بیشتر از همه زانو رو میگیره و با شواهدی از جمله لکوسیتوز همراهی دارد.}$

یاد باشه داروهای کاهنده‌ی اسيد اوريک مثل آلوپورینول و پروبنسید در فاز حمله کاربردی ندارند.

	۴	۳	سؤال
	ب	د	پاسخ

۷- درمان مرحله‌ی مزمون بر خلاف فاز حمله در جهت کاهش اسید پاسخ اوریک (کاهش آن زیر 5 mg) است. در نقرس مزمون داروهای کاهنده‌ی اسیداوریک در شرایط زیر اندیکاسیون دارد:

- ۱- سابقه‌ی دو یا بیشتر دو حمله‌ی نقرس در سال
- ۲- داشتن توفوس
- ۳- سنگ کلیه‌ی راجعه‌ی اسیداوریکی
- ۴- آرتربیت مزمون نقرس

۵ در یمار مبتلا به نقرس تمام موارد زیر اندیکاسیون شروع درمان یا آلوپورینول است، بجز:

(پرہائی اسپنڈ ۹۹- مشترک کشوری)

چهار حمله نقرس در یک سال

توفيق

ساقه حمله قتل

- ۶- تا از مهم‌ترین داروهای کاهنده‌ی اسید اوریک شامل:
 - ۱- الپیورینول خط اول درمان نقرس مزمن است که در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه و سنگ کلیه‌ی اسید اوریکی باید با دوز کم و با احتیاط تجویز شود.
 - ۲- بروپنسید با افزایش دفع کلیوی اسید اوریک باعث کاهش سطح آن می‌شود که در سنگ کلیه و GFR زیر ۵۰ ممتوعت است.

۶ خانم ۵۹ ساله‌ای به علت درد و تورم زانوی راست از یک هفته قبل مراجعه کرده است. شرح حالی از درد در سایر مفاصل به طور پراکنده می‌دهد که تیپ دردها مکانیکی است. سفتی صبح گاهی ندارد. در آسپریاسیون مایع مفصل انجام شده نکات

مناسب‌ترین علت تشدید آرتربیت در زانوی بیمار کدامیک
از موارد زیر است؟ (پرهانترنی اسفند ۹۵ - قطب کرمان)

توبنگ

تپ روماتیسمی حاد

نقرس کاذب

استئواً رتّيٰت اولیٰه

درمان CPPD در بیماران علامت‌دار شامل تجویز استروئید است. اگر مونو یا الیگو‌آرتریت بود به صورت داخل مفصلی و اگر پلی‌آرتریت بود به صورت خواراک، در مدت محدود تجویز می‌شود.

رسوب کدامیک از کریستال‌های زیر باعث
یجاد شانه میلواکی (milwaukee shoulder)
می‌شود؟ (برهانترنی اسفند ۹۶ - قطب اهواز)

مونوسدیم اورات

پیروفسفات کلسیم

ھیدروکسی اپاتیت

اگزالات کلسیم

پسح ﷺ نکته‌ی آخر هم از آرتروپاتی هیدروکسی آپاتیت بگیم؛ به رسوب غیرطبیعی کلسیم فسفات بازی (BCP) در داخل فضای مفصلی یا اطراف مفصل، پری‌آرتریت کلسیفیک می‌گن، که اگر در روتاتور کاف شانه رسوب کند، شانه‌ی میلواکه، نامده می‌شده.

شانهی میلواکی نامیده می شه.

تست تمرینی منتظر ته...

۷	۶	۵	مسئوال
ج	ج	د	پاسخ

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
آرتریت سپتیک	مهم	۳

۱ شایع‌ترین عامل آرتریت سپتیک بدبانی الکلیسم مزمون و هموگلوبینوپاتی‌ها کدام است؟
(پرهاترنی اسفند ۹۶ - قطب تبریز)
استر یوکوکو

بعض آرتریت سپتیک می‌تواند باکتریایی (حاد و مزمن)، ویروسی، قارچی و ... باشد. بر اساس سن و شرایط همراه، پاتوژن‌های متفاوتی در ایجاد آرتریت سپتیک نقش دارند.

- ۱- استرپتوبوک
 - ۲- استافیلوکوک
 - ۳- باسیل های گرم منفی
 - ۴- پنوموکوک

بعض آرتریت سپتیک می‌تواند باکتریایی (حاد و مزمن)، ویروسی، قارچی و ... باشد. بر اساس سن و شرایط همراه، پاتوژن‌های متفاوتی در ایجاد آرتریت سپتیک نقش دارند.

• مهم‌ترین عامل در بالغین و نوجوانان نایسیریا گنوره.

- در نوزادان \Rightarrow استاف اورئوس، استریتوکوک B، باسیل گرم منفی.
- شایع‌ترین عامل آرتیت غیرگنوکوکی در همه‌ی سنین \Rightarrow استاف اورئوس.

در عامل اصلی الکلیسم مزمن و هموگلوبینوپاتی‌ها پنوموکوک.



شایع ترین روش انتقال هماتوژن یعنی از طریق خون است. انتقال مجاورتی و تلقیح مستقیم (گاز گرفتن حیوانات، تزریق، جراحی و ترومای هم از روش های دیگر انتقال یاتوژن است.

﴿ مفاصل کوچک دست و پا می‌توانند از طریق تلقیح مستقیم گرفتار شوند. ﴾

شایع ترین مفاسل در گیر در آرتیت سپتیک

در کل، شایع ترین مفصل در گیر به ترتیب زانو و هیپ است، ولی در افراد IV drug user شایع ترین مفصل در گیر استرنوکلاویکولار و ساکروایلیاک است.

فرم درگیری مفصلی

آرتریت سپتیک می‌تواند مونو، الیگو یا پلی آرتریت باشد. پلی آرتریت را بیشتر در آرتریت روماتوئید می‌بینیم. آرتریت روماتوئید به علت آسیب مفصلی بیشترین اندام را آرتریت سپتیک دارد.

علائم بالنتيجة، تشخيص، أو ترتيب سيني

آرتریت سپیک علاوه بر آرتریت (تورم، اریتم، گرمی و تندرنس مفصلی شدید)،
با ظاهراتی، مثل تب (۳۸-۳۹ درجه)، بی اشتهایی، ضعف و بی حالی، محدودیت

شدید حرکات مفصلی (ROM)، لکوسیتیوز و ESR و CRP بالا همراه است.

دو تشخیص افتراقی مهم در مونوآرتیریت التهابی، نقرس و آرتیریت سپتیک است.

بنابراین اولین کار در هر مونوگرافی را ارتیت سپتیک با کمک اسپیراسیون و

که شاهزاد عفمن بت: حمله تب و لکومستیوز را هم دارد.

		۲	۱	سوال
		ب	د	پاسخ

ویژگی‌های مایع مفصلی در آرتربیت سپتیک						
LDH	پروتئین و	گلوكوز	ارجحیت سلولی	WBC	ویسکوزیته	ظاهر
افزایش	کاهش	با ارجحیت PMN ٪۹۰ بیشتر از	بیشتر از ۵۰ هزار تا	کاهش یافته		کدر و چرکی یا خونی

دو تشخیص افتراقی مهم در مونوآرتربیت التهابی حاد، نقرس و آرتربیت سپتیک است؛ در نتیجه انجام آسپیراسیون و کشت مایع مفصلی ضروری است. بیوپسی و کشت سینوویوم بیشترین احتمال پیدا کردن میکرووارگانیسم را دارد. اگرچه اسمر منفی به هیچ وجه رد کننده نیست. رادیوگرافی ساده‌ی مفصل هم با تغییراتی مثل باریک شدن فضای مفصلی، استئوپنی و اروزبیون (با تأخیر) ممکن است به تشخیص کمک کند.

پاسخ MRI فقط در موارد مشکوک به آرتربیت سپتیک ساکرواپیلیاک و استرنوکلاویکولار کمک می‌کند.

آرتربیت گنوكوکی
نایسرا گونوره در ٪۹۰ موارد با مونوآرتربیت ظاهر می‌شود که ممکن است به صورت مهاجر باشد. آرتربیت گنوكوکی ممکن است منتشر باشد و یا فقط به صورت آرتربیت بروز کند. عفونت منتشر گنوكوکی (DGI) با تظاهراتی مثل تب، لرز، آرتربیت مهاجر و راش، پاپول و یا پوسچول‌های خونریزی دهنده (در تن، سطوح اکستانسور و انتهای اندام) همراه است. کشت خون و مایع مفصلی در بیشتر موارد منفی است ولی کشت از راش‌های جلدی ممکن است مثبت شود. در آرتربیت ایزوله گنوكوکی هم کشت و اسمر اکثراً منفی است ولی کشت مایع مفصلی در بیشتر از ۴۰٪ موارد مثبت می‌شود. برای تشخیص می‌توان از PCR کمک گرفت.

آرتربیت گنوكوکی با شک به آرتربیت گنوكوکی باید سریعاً آنتی‌بیوتیک وریدی شروع شود. بهبود دراماتیک علائم در عرض ۲۴-۱۲ ساعت بدنیال آنتی‌بیوتیک مناسب هم به نفع تشخیص است.

آرتربیت گنوكوکی منتشر هم‌زمان عفونت کلامیدیایی رو هم درمان کنیم، در نتیجه داکسی‌سایکلین و سفالوسپورین نسل سوم را کنار هم تجویز می‌کنیم.

خانم 60yr بدون سابقه‌ی بیماری / درد زانوها از ۵ سال قبل و تشدید آن طی یک هفته اخیر و مسافت / وزن = 85kg = قد و بدون تب / تورم زانوی راست / محدودیت فلکسیون در حد ۹۰ درجه / گرمی مختصر بدون اریتم / کرپیتاسیون ۲+ زانوها / سایر مفاصل نرمال / کدام بررسی تشخیصی کمک کننده نیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴-قطب تهران)

- ۱ آسپیراسیون و آنالیز مایع سینوویال
- ۲ از زانوها
- ۳ گرافی از زانوها
- ۴ کشت مایع سینوویال

خانم ۲۴ ساله با شکایت تب و لرز آرتربیت مهاجر در مفاصل زانوها و مچ دست مراجعه کرده است. در معاینات بیمار ضایعات پوستی به صورت پاپول‌های اریتماتو و گاه‌آ هموراژیک در دست‌ها و تنه و همچنین تورم و قرمزی تاندون‌های اکستانسور مچ دست راست را نیز دارد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴-قطب تبریز)

- ۱ تب روماتیسمی
- ۲ لوبوس
- ۳ عفونت منتشر گنوكوکی
- ۴ آرتربیت واکنشی

پاسخ	۱	۲	۳	۴	سؤال

- ۵ آقای ۴۵y/o مونوآرتیت زانوی چپ از ۵ ماه قبل / افیوژن و هیپرتروفی سینوویال واضح زانوی چپ / ESR= ۵۵, CRP= +, RF= -, Anti CCP= -, آزمایشات: آنالیز مایع مفصلی: WBC= ۲۸۰۰۰, PMN= ۵۵٪ رنگ آمیزی گرم و کشت مایع مفصلی منفی. تشخیص؟ (پرهانترنی شهریور ۹۵ - قطب شمال)
- ۱ آرتیت کریستالی
۲ استئوآرتیت
۳ آرتیت سلی
۴ آرتیت سپتیک حاد

پاسخ آرتیت سلی (توبیرکلوزی)

آرتیت سلی با مونو یا پلی آرتیت مزمن همراه است که شایع‌ترین مفاصل در گیر به ترتیب هیپ، زانو و مچ پا است. درگیری مفصل هیپ با لنگس پا و درد همراه است.

۶ پلی آرتیت سلی (Poncet's disease) به صورت قرینه و بیشتر در سل احشایی و منتشر دیده می‌شود.

۷ پلی آرتیت سلی از آرتیت سلی است که مهره‌های توراسیک و لومبار را می‌گیرد و با تعریق شبانه، کاهش وزن، تب و تندرنس در دقیقه‌ها همراه است.

- ۸ خانم ۳۶ ساله با شکایت از درد دست‌ها مراجعه می‌کند. در معاينه پلی آرتیت قرینه مفاصل کوچک دست‌ها را دارد. کدامیک از موارد زیر جزء تشخیص افتراقی‌ها نیست؟ (پرهانترنی اسفند ۹۶ - قطب تهران)
- ۱ بیماری ویپل
۲ SLE
۳ RA
۴ آرتیت ویرال

۸ بیماری ویپل به دنبال عفونت با باکتری *Tropheryma whipplei* با علائمی مثل تب، کاهش وزن و آرتیت مهاجر ظاهر می‌شود. یه گریزی بزینیم به فصل اولمون:

۹ پلی آرتیت قرینه رو کجا داریم؟ آرتیت روماتوئید، لوپوس، آرتیت وایرال، نقرس مزمن، نقرس کاذب و *Poncet's disease* در سل. ۱۰ آرتیت مهاجر رو کجا داریم؟ تب روماتیسمی (RF)، آرتیت گنوكوکی، آرتیت وایرال، آرتیت ویپل.

پاسخ درمان آرتیت سپتیک

۱۱ اساس درمان آرتیت سپتیک آنتی‌بیوتیک و درناز مفصل (خارج کردن چرک) است.

۱۲ در مفصل زانو انجام درناز و در مفاصل هیپ و شانه آرتروتومی و شستشوی باز مفصل ضروری است.

۱۳ بلافالسله بعد از گرفتن نمونه‌ی مایع مفصلی و ارسال کشت باید آنتی‌بیوتیک وریدی تجربی را به صورت زیر شروع کرد.

۱۴ ۱۴ اسمیر منفی (مثل گنوكوک) سفالوسپورین نسل سوم مثل سفوتاکسیم یا سفتیاکسون.

۱۵ اسمیر مثبت

۱۵ کوکسی گرم مثبت (مثل استاف): اگزاسیلین یا نفی‌سیلین و در موارد مقاوم (مثلاً بیمار بستری) و نکومایسین.

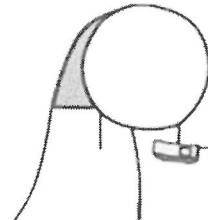
۱۶ گرم منفی: سفالوسپورین نسل دوم یا سوم.

۷	۶	۵	سؤال	پاسخ
ج	الف	ج	پاسخ	

بعد از مشخص شدن نتیجه‌ی کشت، درمان اختصاصی را شروع می‌کنیم:

- ⦿ استاف اورئوس \Rightarrow اگزاسیلین یا ونکومایسین.
- ⦿ پنوموکوک و استرپتوكوک \Rightarrow پنی‌سیلین G.
- ⦿ استرپتوكوک مقاوم به پنی‌سیلین و هموفیلوس آنفلوانزا \Rightarrow سفالوسپورین نسل سوم مثل سفوتاکسیم یا سفتریاکسون.
- ⦿ سودومونا اورئوس \Rightarrow پنی‌سیلین وسیع‌الطیف + آمینوگلیکوژید.
- ⦿ دکتر کجا کهای؟! تست تمرینی صدرات می‌کنه.

کرم نگست



مطالعه برای لذت و زینت و قدرت به کار می‌آیدا

لذت آن در تنهایی، زینت آن در سفیرانی و مجلس آرایی،

و قدرت آن در قضاوت‌ها و عرصه سود و سودا آشکار می‌شود....

فرانسیس بیکن

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
درد کمر و گردن	فیلی موم	۱

کمر درد

کمر درد دلایل متفاوتی دارد، ولی قبل از هر چیزی اپروج به کمر درد رو باید بلد باشیم. کمر درد با توجه به زمان درگیری به دو نوع حاد و مزمن تقسیم میشود؛ درد کمتر از سه ماه حاد و بیشتر از آن مزمن است. اینجا از آخر به اول می‌ریم! اول ارزیابی رو می‌گم بعد معاینه...

پرسچ ۱ خانم ۶۰ ساله‌ای با کمر درد مکانیکی از

هفته قبل مراجعه کرده است. در صورت وجود کدام‌بک از یافته‌های زیر بیمار نیاز به بررسی با روش‌های رادیوگرافیک دارد؟ (پرهاترنی اسفند ۹۹-مشترک کشوری)

۱) حساسیت مهره دوم در دق‌ستون فقرات

۲) خشکی صبحگاهی به مدت ۱۰ دقیقه

۳) ایجاد درد در فقرات کمری در SLR بدون انتشار به اندام تحتانی

۴) سابقه آرتریت روماتوئید در برادر وی

پرسچ ۲ در بیمار مبتلا به کمر درد حاد کی تصویربرداری لازم است؟ وقتی

یکی از ریسک فاکتورهای زیر رو داشته باشه:

۱) سن بالای ۷۰

۲) بدتر شدن درد هنگام شب و با استراحت

۳) سابقه‌ی قبلی سرطان

۴) سابقه‌ی تروما

۵) بی‌اختیاری ادرار یا مدفع

۶) سابقه‌ی مصرف داروی داخل وریدی

۷) سابقه‌ی مصرف گلوکورتیکوئید

۸) سابقه‌ی نقص نورولوژیک سریعاً پیش‌روند

۹) سابقه‌ی عفونت مزمن به خصوص ریه، ادرار و پوست

۱۰) کاهش وزن و تب غیر قابل توجه

۱۱) تندرنس در دق‌ستون فقرات

۱۲) توده‌ی شکمی رکتال یا لگنی

۱۳) مثبت شدن یکی از تست‌های SLR، Reverse SLR، پاتریک یا دق پاشنه

۱۴) نقص عصبی پیش‌روندی فوکال در معاینه

پرسچ ۳ همینجا یاد بگیر که اگر بیمار مبتلا به کمر درد حاد ریسک فاکتورهای

بالا رو نداشت، بیمار رو با تجویز مسکن یا ضد التهابی مثل دیکلوفناک ترخیص

می‌کنیم. مثل این آقای ۳۲ ساله که دردش احتمالاً به علت اسپاسم عضلانیه

و هیچ ریسک فاکتوری نداره.

پرسچ ۴ کی نیاز به بررسی آزمایشگاهی داریم؟ در کمر درد حاد به ندرت نیاز به

آزمایش داریم، مگر در حضور ریسک فاکتورهای بالا.

پاسخ	الف	۱	۲

پرسخ ۷ در صورت نیاز چه آزمایشاتی درخواست می‌کنیم؟

CBC -۱

ESR -۲

U/A -۳

پرسخ ۸ چه معایناتی رو در کمر درد باید انجام بدهیم؟ علاوه بر معاینات روتین، باید رادیکولوپاتی رو دیگر اثبات کنیم و حس و حرکت عصبی و رفلکس‌ها رو بررسی کنیم.

پرسخ ۹ درد رادیکولر یا رادیکولوپاتی به دنبال آسیب به ریشه‌ی عصب ایجاد شده و مانورهایی که با کشیدگی عصب یا درگیری ریشه‌های عصبی همراهی دارد، باعث برانگیخته شدن درد می‌شوند. سه تست مهم SLR در تشخیص رادیکولوپاتی کمک می‌کنند، که عبارتند از: SLR (لازک)، SLR متقاطع (Crossed SLR)، SLR معکوس (Reverse SLR). SLR خالی در صورت احساس درد حین بالا آوردن پا (فلکشن غیر فعال هیپ) در وضعیت اکستنشن زانو و خوابیده مثبت می‌شود.

پرسخ ۱۰ SLR خالی و متقاطع در درگیری L5 یا S1 یعنی سیاتیک و SLR معکوس در درگیری L2، L3، L4 یعنی فمورال مثبت می‌شوند. اگر SLR در حالت نشسته مثبت و درد بیمار تشدید بشد، با شک قوی به رادیکولوپاتی باید بررسی‌های بیشتر انجام بدهیم.

پرسخ ۱۱ درد مفصل هیپ می‌تواند رادیکولوپاتی را تقلید کند، در نتیجه برای تشخیص درد ناشی از آسیب مفصل هیپ میشه از تست دق پاشنه‌ی پا و یا نشانه‌ی پاتریک استفاده کرد. تست دق پاشنه در صورت احساس درد با دق پاشنه مثبت می‌شود. نشانه‌ی پاتریک هم به احساس درد هیپ در حرکت چرخش داخلی و خارجی گفته می‌شود.

پرسخ ۱۲ معاینات حسی، حرکتی و رفلکسی

سه ریشه‌ی عصبی مهم داریم که باید معایناتش رو دقیق بدونیم S1، L4، L5، L4

پرسخ ۱۴ حس قسمت خارجی قدم ران و داخل ساق پا را تأمین می‌کند. در اکستنشن زانو و ادداکشن هیپ و دورسی فلکشن پا نقش دارد و در صورت درگیری، رفلکس زانو یا پاتلار که به عضله‌ی چهار سر (کوادریسپس) وابسته‌ست مختل می‌شود.

پرسخ ۱۳ بیمار آقای ۴۵ ساله‌ای به دلیل کمردرد از ۴ ماه قبل، مراجعه کرده است. بیمار از تب گهگاهی هم شاکی است. کدامیک از بررسی‌های زیر را برای بیمار انجام می‌دهید؟ (پرهاترنی اسفند ۹۶ - قطب کرمان، مازندران و اصفهان)

C3 TSH
RF ESR

پرسخ ۱۴ خانم ۳۷y/۲ درد کمر سوزنی از ۳ هفته قبل/ تشدید با نشستن و انتشار به پشت ران و ساق پای راست/ بدون تندرننس در ناحیه ستون فقرات/ رفلکس آشیل نرمال/ تشدید درد در SLR با زاویه‌ی هیپ ۴۵ درجه/ جمله صحیح؟ (پرهاترنی اسفند ۹۵ - قطب شمال)

پرسخ ۱۵ بیمار Red Flag دارد و باید بررسی بیشتری برای وی انجام گیرد.

پرسخ ۱۶ کیفیت سوزشی درد نشان دهنده رادیکولر بودن و تحریک عصبی است.

پرسخ ۱۷ با توجه به عدم تندرننس در ستون فقرات مشکلات رادیکولر و دیسکوپاتی رد می‌شود.

پرسخ ۱۸ تشدید درد در تست SLR در حالت نشسته و درازکش می‌تواند در تشخیص رادیکولوپاتی مؤثر باشد.

پرسخ ۱۹ وجود علامت «دق پاشنه پا» در کمردرد به نفع پاتولوژی در کدام قسمت است؟ (پرهاترنی شهریور ۹۵ - قطب تهران)

ام) مفصل هیپ
ب) مفصل ساکروایلیاک
ج) مفصل فاست مهره
د) دیسک بین مهره‌ای

پرسخ ۲۰ خانم ۳۲y/۲ کمردرد به دنبال برداشتن جسم سنگین/ انتشار درد از کمر به سمت قدامی و طرفی ران/ معاینه: رفلکس چهار سر زانوی ضعیف و دورسال فلکشن مختل/ احتمال درگیری کدام ریشه عصبی وجود دارد؟ (پرهاترنی اسفند ۹۳ - قطب مشهد)

L3 L4
S1 L5

پاسخ	۶	۵	۴	۳	سؤال
الف	الف	د	ج	الف	پاسخ

۷ خانم ۵۲ ساله با شکایت کمر درد از حدود ۴ ماه قبل مراجعه کرده است. درد بیمار به سطح خارجی ران انتشار دارد. بیمار قادر به راه رفتن روی پاشنه نیست. احتمال درگیری کدام ریشه‌ی عصبی مطرح است؟ (پرهاترنی اردیبهشت ۹۶- میان دوره)

کشوري

L5

L3

S1

L4

ج

۸ آقای ۴۵ ساله‌ای با کمر درد رادیکولر به اندام تحتانی چپ، متعاقب برداشتن جسم سنگین مراجعه کرده است. از توزیع درد در پشت ساق و ران و باسن شاکی است و اختلال حسی در ناحیه‌ی لترال پا دارد و قدرت پلاتار فلکسیون پا و شست پا کاهش یافته است. کدام ریشه‌ی لومبوسакرال درگیر است؟ (پرهاترنی اسفند ۹۶- قطب تبریز)

ان

L5

S1

L4

L3

ج

پاسخ ۵ L5 \Rightarrow قسمت خارجی خلف ران، خارج ساق پا، دورسال یا پشت پا (foot)، چهار انگشت اول و پاشنه‌ی پا را عصبدهی می‌کند. در ابداکشن هیپ و دورسی فلکشن پا نقش دارد. در نتیجه در فردی که قادر به ایستادن روی پاشنه نیست و یا افتادگی مچ پا (Foot drop) دارد و دورسی فلکشن پا مختل است، به درگیری L5 شک می‌کنیم.

پاسخ ۶ S1 \Rightarrow حس کف پا، سطح خارجی پا و انگشت کوچک پا را تأمین می‌کند و درد آن به خلف ران، ساق پا، باتک و خود پا منتشر می‌شود. در اکستنشن هیپ، پلاتار فلکشن (ایستادن روی پنجه) و فلکشن انگشتان پا نقش دارد. رفلکس پاشنه‌ی پا یا آشیل با ضربه زدن روی تاندون آشیل و پلاتار فلکشن پا چک می‌شود، اگر مختل شود باید به درگیری S1 فکر کرد. پس جمع‌بندی نکات رو ببین 

∇ مقتل شدن رفلکس زانو (عفنه‌ی پهار سر) مربوط به کدوم عصبه \Rightarrow L4

∇ افتلال Foot dorsi flexion و ایستادن روی پاشنه پا \Rightarrow L5

∇ افتلال Foot plantar flexion و ایستادن روی پنجه \Rightarrow S1



انواع کمر درد

۱ خانم ۶۰ ساله‌ای به علت کمر درد با انتشار به اندام‌های دو طرف مراجعه کرده است. در معاینه علاوه بر تندرننس در عضلات اطراف ستون فقرات، در لمس عمقی قسمت تحتانی کمر، Step وجود دارد. مناسب‌ترین تشخیص کدام است؟ (پرهاترنی شهریور ۹۴- قطب کرمان)

Spondylolistesis

Discopathy

Back strain

Canal Stenosis

پنج نوع کمر درد داریم:

۱- کمر درد لوکال \Rightarrow مثلاً به دنبال شکستگی، تومور و عفونت.

۲- کمر درد رادیکولر \Rightarrow حالت تیز و تیر کشندۀ به اندام تحتانی داره و بیمار با سرفه و عطسه هم احساس درد می‌کند و بیشتر هم در ناحیه‌ی عصب سیاتیک درد را احساس می‌کند. اگر بیمار در حالت نشسته و اکستنشن زانو، پا را بالا آورده و درد احساس کند به درگیری عصب سیاتیک (S1 و L5) شک می‌کنیم.

۳- کمردرد ناشی از ستون فقرات \Rightarrow مثل نقایص ستون فقرات که دو مورده را پایین می‌بینیم.

اسپوندیلولیز \Rightarrow شایع‌ترین علت کمردرد التهابی در جوانان است. نقص استخوانی مهره علت این بیماری است که در نمای مایل مهره، خط شکستگی و نمای سگ اسکاتلندي دیده می‌شود.

اسپوندیلولیستیس \Rightarrow لیز خوردن مهره‌ی فوقانی روی مهره تحتانی که در لمس توی لمس حالت stepping و پله‌مانند دارد.

۹	۸	۷	سؤال
الف	ب	ب	پاسخ

۴- کمردرد ارجاعی \Rightarrow منشأ درد ارجاعی، ستون فقرات نیست بلکه عضوی از

شکم یا لگن درگیر است که به کمر تیر می کشد مثل پانکراتیت.

۵- درد ناشی از اسپاسم عضلات \Rightarrow بیشتر در ورزشکاران و یا فردی که حرکت

ناگهانی و شدید داشته دیده میشند. درد، حالت تیر کشنده و ثابت و مداوم دارد.

بیمار منفیه، درد به اندام تحتانی تیر نمی کشه و از پوزیشن بیمار که

خودشو صاف و سفت نگه داشته میتوانی بفهمی که دردش اسپاستیکه.

۴- کمردرد التهابی

کمردرد التهابی رو تو فصل اسپوندیلوآرتروپاتی خوندیم. باید هر کمر درد التهابی مزمن یعنی بالای سه ماه رو تو افراد جوان تر از ۴۵ سال بررسی کنیم. هشت کرایتریای کمردرد التهابی چیه؟

۱- سن شروع زیر ۴۰ سال

۲- تدریجی

۳- بهبود با فعالیت

۴- عدم بهبود با استراحت

۵- درد شبانه‌ای که با بلند شدن بهتر می‌شود

۶- و بیمار رو از خواب بیدار می‌کنه

۷- خشکی صبح‌گاهی بالای ۳۰ دقیقه

۸- درد باسن

برای بررسی باید سه نوع تست درخواست کنیم:

۹- آزمایشات غیر اختصاصی CBC، ESR، CRP

۱۰- گرافی ساده‌ی لگن (ساکروایلیاک) و اگر نرمال بود، MRI مفصل

ساکروایلیاک

۱۱- HLA-B27

۱۲- علت‌های کمر درد

۱۳- چند علت مهم کمر درد رو پایین بین:

اسپاسم یا کشیدگی عضلانی (مثلاً به دنبال بلند کردن وزنه‌ی سنگین یا

افتادن) \Rightarrow این عارضه معمولاً با وضعیت غیرطبیعی و سفتی عضلات پارالسپاینال

همراهی دارد و خود محدودشونده است.

ترووما \Rightarrow مثلاً بر اثر سقوط از ارتفاع و آسیب L5 که CTscan روش تشخیصی

ارجح در ترووما است.

۱۴- آقای ۵۰ ساله‌ای به علت کمردرد از ۹ ماه قبل مراجعه کرده است. بیمار ذکر می‌کند در طی این مدت درد سیر پیشرونده داشته و در بعضی از روزها فقط درد باسن دارد. از خشکی صبحگاهی یک ساعته در ناحیه‌ی کمر شاکی است و بهبود درد را با فعالیت ذکر می‌کند. کدامیک از یافته‌های بیمار با کمردرد التهابی کمتر هم خوانی دارد؟ (پرهاترنی اسفند ۹۷- مشترک کشوری)

۱۵- سن بیمار

۱۶- درد باسن

۱۷- مدت شروع علائم

۱۸- بهبود درد با فعالیت

۱۹- آقای ۵۰ ساله‌ای با کمردرد و بی اختیاری ادرار مراجعه کرده است. در معاینه ضعف اندام‌های تحتانی، کاهش رفلکس‌های اندام تحتانی و Sad- dle Anesthesia دارد. کدامیک از تشخیص‌های زیر محتمل است؟ (پرهاترنی اسفند ۹۴- قطب کرمان)

۲۰- دیسکوپاتی

۲۱- اسپوندیلویز

۲۲- شکستگی مهره ناشی از استئوپروز

۲۳- سندروم دم اسب

		۱۱	۱۰	سوال
	د	الف	پاسخ	

سندرم دم اسب \Rightarrow در این سندرم چند ریشه از عصب لومبوساکرال در گیر شده است که با بی اختیاری ادرار، کمر درد، کاهش رفلکس های وتری و درد و بی حسی دو طرفه (saddle anesthesia) همراه است. بهترین راه تشخیص آن و بی حسی دو طرفه MRI است.

فتق دیسک \Rightarrow علائمی مشابه سندرم دم اسب دارد با این تفاوت که بی حسی دو طرفه وجود ندارد و MRI بهترین روش تشخیصی است.

آقای ۳۵ ساله ای با کمر درد از یک ماه قبل مراجعه نموده است. درد بیمار در تمام طول روز ادامه دارد و شب ها تشدید می گردد، و همراه با تب و کاهش اشتها است. در معاینه دق مهره های کمری دردناک است. کدامیک از تشخیص های زیر برای بیمار بیشتر مطرح است؟ (پره انترنسی اردیبهشت ۹۶ - میان دوره ای اصفهان)

- ۱۱ اسپوندیلویلیزیس
- ۱۲ عفونت مهره ای
- ۱۳ تنگی کانال نخاعی
- ۱۴ استئوپروزیس

خانم ۴۰ ساله از دو هفته قبل چهار درد گردن با انتشار به سطح دورسال ساعد و انگشت سوم دست راست شده است. در معاینه رفلکس عضلهای سه سر کاهش یافته است. کدامیک از ریشه های عصبی زیر در گیر است؟ (پره انترنسی شهریور ۹۶ - قطب کرمانشاه)

- ۱۵ C5
- ۱۶ C7
- ۱۷ C6
- ۱۸ C8

تنگی کانال نخاعی \Rightarrow یکی از علل شایع تنگی کانال نخاعی استئوآرتیت یا اسپوندیلوуз در سن بالا است که درد کمر بیمار با ایستادن و راه رفتن بدتر و با نشستن و به جلو خم شدن بهتر می شود، در نتیجه حین راه رفتن به علت کمر درد و بی حسی اندام هر چند دقیقه یک بار باید بنشینند. در تنگی کانال نخاعی معاینات و رفلکس های وتری نرمال است. تشخیص قطعی به کمک MRI تأیید می شود.

پسح عفونت مهره \Rightarrow کمر درد بیمار با استراحت رطرف نمی شود، در طول شب درد بیشتر شده و با تب، تندرنس مهره، لکوسیتیز و ESR بالا همراه است.

پسح درد گردن

سه علت مهم گردن درد شامل تروما، هرنی دیسک و اسپوندیلوуз گردنی است. در هرنی دیسک شایع ترین ریشه های در گیر C6 و C7 هستند. از علائم شایع هرنی دیسک، درد و سوزن سوزن شدن گردن و شانه و بازو به همراه خشکی و محدودیت دامنه ای حرکات را می توان نام برد. در ماتوم و رفلکس های مهم در گردن رو باید بدونیم:

قدام گردن

قسمت خارجی بازو، قدام بازو و ساعد \Rightarrow C5

C6 شست دست \Rightarrow

C7 انگشت دوم و سوم \Rightarrow

C8 انگشت چهارم و پنجم \Rightarrow

خلف گردن

C6 خارج بازو تا خلف شست \Rightarrow

C7 خلف بازو و ساعد تا انگشت دوم و سوم \Rightarrow

C8 یه ذره پایین تر تا خلف انگشت چهارم و پنجم \Rightarrow

سوال	پاسخ	۱۲	۱۳
		ب	ب

۱۰ مديال بازو و آگزيلا \Rightarrow T1

رفلکس های مهم:

۱۱ رفلکس باسپس \Rightarrow C5 و C6

۱۲ رفلکس تریسپس \Rightarrow C7

۱۳ در ترومما به گردن در صورت وجود این ۱۰ ريسك فاكتور، بيمار باید تحت

تصویربرداری گردن و ستون فقرات گردنی ترجیحاً با سی تی اسکن قرار گیرد:

۱- سن بالای ۶۵ سال

۲- پارستزی اندام

۳- مکانیسم ترومای خطرناک مثل سقوط از بیشتر از سه فوت یا پنج پله

۴- استئوپروز شدید

۵- سابقه مصرف گلوکوکورتيکوئيد، مثل این مريض با سن بالای ۶۵ سال

۶- کنسر

۷- اختلال هوشياری

۸- نقص نورولوژيک

۹- تندرس مهره های گردنی یا درد شدید

۱۰- مسموميت برای بيمار مطرح باشد.

۱۴ خانم ۶۶ ساله مبتلا به آرتربیت روماتوئید از ۲۰

سال قبل که تحت درمان کورتون طولانی مدت

می باشد، به دنبال سقوط از ۴ پله دچار درد گردن

به شکل حاد و ناگهانی شده است. در مراجعه به

اورژانس راديوجرافی گردن به نظر طبیعی است.

اقدام مناسب کدام است؟ (پرهاترنی دی ۹۹)

مياندوره‌ي كشوری)

۱۵ اطمینان بخشی به بيمار و تجويز NSAID

۱۶ دادن Collar و مراجعه يك هفته بعد

۱۷ با احتمال تشدید بيماري روماتوئید دوز

پردنیزولون افزایش يابد.

۱۸ انجام سی تی اسکن از گردن جهت بررسی

شكستگی

۱۹ پير برو رو تست تمرينی.

اصلی ترین و مفید ترین آگاهی آن است که انسان بر علیه اندیشه هایش قیام کندا

و به مخفن باری شدن اندیشه ای در ذهن، دنباله رو آن نباشد

بلکه آن اندیشه را مورد بررسی قرار دهد... دلایل اولیه‌ی تمام عملکردهای اشتیاه ما،

اندیشه هاست!

پس بهتر است به نقطه‌ی آغازین عملکردهای غلط توجه داشته باشیم

و سعی در اصلاح اندیشه هایمان داشته باشیم...

هادی پیگدی

			۱۴	سؤال
			د	پاسخ

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
افتلالات اطراف مفصلی	مهم	۱۴

- ۱ کدامیک از موارد زیر در مورد بیماری جنب مفصلی (Peri Articular) صحیح است؟ (پره‌اترنی شهریور ۹۳- قطب شمال)
- ۲ محدودیت در حرکات فعال
- ۳ محدودیت در حرکات غیرفعال
- ۴ خشکی صبحگاهی بیش از یک ساعت
- ۵ بهبود علائم در فعالیت‌های روزمره

پسح در اختلالات اطراف مفصلی، ساختمان‌های اطراف مفصل مثل بورس و لیگامان در گیر می‌شوند که محدودیت حرکات فعال را (active) داریم اما حرکات غیرفعال (passive) نرمال است.

بورسیت

بورس ساختار کیسه مانندی از جنس بافت سینوویوم است که باعث تسهیل حرکات و جلوگیری از اصطحکاک در حرکات تاندون و عضلات روی استخوان می‌شود. استفاده‌ی بیش از حد، شایع‌ترین علت بورسیت است. از علل دیگر آن می‌توان ترومای، عفونت، بیماری‌هایی مثل نقرس و ... را نام برد. انواع بورسیت:

۱ بورسیت ساب‌آکرومیال (ساب دلتوئید)

این بورس بین سر استخوان هومروس و زیر زائده آکرومیون قرار دارد که با عضله‌ی دلتوئید پوشیده می‌شود. در اثر بالابردن مکرر بازو ایجاد می‌شود. بورسیت ساب‌آکرومیال شایع‌ترین نوع بورسیت است و معمولاً با تاندونیت روتاتور کاف همراهی دارد.

۲ بورسیت اوله‌کرانون

همونطور که از اسمش مشخصه، خلف مفصل آرنج قرار دارد که در التهاب دچار قرمزی، تورم و گرمی می‌شود. دو تشخیص افتراقی مهم بورسیت اوله‌کرانون، نقرس و عفونت مفصل (آرتیت سپتیک) است، پس باشک به بورسیت اوله‌کرانون، حتماً مایع بورسیت رو آسپیره و از نظر کشت، کریستال اورات و ... بررسی کن.

۳ بورسیت تروکانتریک

این بورس بین تروکانتر بزرگ فمور و محل اتصال عضله گلوتئوس مدیوس است. تظاهرات بورسیت تروکانتریک شامل درد در قسمت لترال هیپ و ناحیه‌ی فوقانی ران (با انتشار به قدام ران)، درد در حرکات ابدکشن و چرخش خارجی مفصل هیپ و تندرنیس لوکال در معاینه‌ی لترال هیپ است.



- ۱ خانم ۴۰/ درد لترال هیپ چپ / انتشار به قسمت قدام ران / معاینه: تندرنیس لوکال لترال هیپ و ابدکشن هیپ دردناک / محتمل‌ترین تشخیص؟ (پره‌اترنی شهریور ۹۷- قطب آزاد)
- ۲ نکروز آسکولار هیپ
- ۳ آرتیت مفصل ساکرو ایلیاک
- ۴ آرتیت مفصل هیپ
- ۵ بورسیت تروکانتریک

۲	۱	سؤال
د	الف	پاسخ

پاسخ ۷ بورسیت ایلئوپیسواس

محل بورس بین عضله‌ی ایلئوپیسواس و مفصل هیپ است که التهاب آن با درد در ناحیه‌ی کشالهاران (groin) و قدام ران و درد در حرکات هایپراکستشن و فلکسیون هیپ همراه است. از آنجایی که تشخیص بورسیت ایلئوپیسواس بالیستی است پس معاینه و گرفتن شرح حال برای تشخیص کفايت می‌کند.

۷ بورسیت پره پاتلار (زانوی خدمتکاران)

این بورس بین پوست و استخوان پاتلا قرار دارد. در اثر زانو زدن مکرر روی سطوح سفت ایجاد و باعث تورم و تندرنس در قدام زانو می‌شود. می‌توانه به دنبال نقرس و عفونت (آرتربیت سپتیک) ایجاد بشود.

۷ بورسیت ایسکیال (نشیمن‌گاه بافندگان!)

بین عضله‌ی گلوتئوس مدیوس و توبروزیته‌ی ایسکیوم قرار دارد. به بورسیت ایسکیال، بیماری نشیمن‌گاه بافندگان (weaver's bottom) هم گفته می‌شود چون در اثر نشستن طولانی مدت روی سطوح سفت ایجاد می‌شود.

پاسخ ۷ بورسیت آنسرین (anserine)

این بورس در سطح داخلی تیبیا (قسمت قدامی داخلی زانو) و در زیر تاندون مشترک پنجه‌غازی (تاندون عضلات سارتوریوس، گراسیلیس و سمی‌تندینوسوس) قرار دارد. ظاهر اصلی آن، درد هنگام بالارفتن از پله است.

۷ بورسیت آشیل

بالای سطح اتصال تاندون آشیل متصل به استخوان کالکانئوس قرار دارد. شایع‌ترین علت بورسیت آشیل پوشیدن کفش‌های تنگ بیشتر در خانم‌ها و فعالیت زیاد است.

درمان بورسیت

۱- درمان بورسیت دو جزء دارد:

۱- استراحت از حرکاتی که باعث تشدید درد می‌شوند.

۲- کاهش التهاب مصرف NSAID و تزریق گلوکوکورتیکوئید موضعی در بورس.

پاسخ ۷ تاندونیت روتاتور کاف

شایع‌ترین علت در شانه تاندونیت روتاتور کاف است که علت ایجاد آن بالا بردن مکرر بازو و تروما است. روتاتور کاف از تاندون چهار عضله‌ی سوپراسپیناتوس، اینفراسپیناتوس، ترس مینور و ساب اسکپولاریس تشکیل شده است که تاندون سوپراسپیناتوس بیشتر از همه درگیر می‌شود.

۷ بورسیت ایلئوپیسواس به درد هنگام ابداکشن فعال در زاویه ۶۰-۱۲۰ درجه گفته می‌شود.

۲ خانم ۵۹ ساله‌ای با درد قسمت قدامی ران راست به مدت ۲ هفته مراجعه نموده است. در هنگام خواب تشدید می‌شود. در معاینه حرکات Rotation خارجی و داخلی نرمال می‌باشد. هیپ نرمال بوده ولی با اکستانسیون و فلکسیون هیپ درد بیمار تشدید می‌شود. مناسب‌ترین اقدام بعدی کدام است؟

(پره‌انترنی آذر - ۹۸ - میان دوره‌ی کشوری)

(۱) معاینه و گرفتن history بیمار کافی است

(۲) انجام MRI ناحیه‌ی هیپ راست

(۳) انجام سونوگرافی مفصل هیپ راست

(۴) انجام اسکن رادیوایزوتوپ

۱ در مورد تاندونیت پنجه‌غازی (Anserine Bur-sitis) تمام موارد صحیح است، بجز: (پره‌انترنی

اسفند ۹۹-مشترک کشوری)

(۱) فشار با انگشت در قسمت قدامی خارجی زانو، حدود ۲ تا ۳ بند انگشت زیر خط مفصلی درد را به وجود می‌آورد.

(۲) استراحت، داروهای ضد التهابی و در صورت لزوم تزریق موضعی کورتیکوستروئید درمان آن می‌باشد.

(۳) درد مکانیکی می‌باشد و بیشتر هنگام بالا و پایین رفتن از پله ظاهر می‌شود و همچنین موقع پا روی پا انداختن

(۴) بیمار از درد منطقه زانو شکایت دارد.

۵ آقای ۴۵y/ درد شانه از دو هفته پیش و تشدید در هنگام خوابیدن روی شانه و در حرکت ابداکسیون در زاویه ۶۰-۱۲۰ درجه/ تشخیص؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵-قطب کرمانشاه)

(۱) تاندونیت کلیسیفیه

(۲) تاندونیت باسپس

(۳) تاندونیت روتاتور کاف

(۴) کپسولیت چسبنده

پاسخ	پا	الف	ج	۵	۴	۳	سؤال

خانم ۸۰ ساله با درد شانه‌ی راست از دو ماه قبل به کلینیک روماتولوژی مراجعه می‌نماید. در سابقه‌ی قبلی از بیمار، سابقه‌ی تروما به شانه‌ی راست را دو ماه قبل ذکر می‌نماید. در معاینه‌ی انجام شده drop arm test مثبت است. تشخیص بیمار فوق چیست؟ (پرهاترنی اسفند ۹۴ - قطب مشهد)

- ۱ تاندونیت ترس مینور
- ۲ تاندونیت سوپراسپیناتوس
- ۳ تاندونیت بای سپس
- ۴ پارگی تاندون روتاتور کاف

پنج پارگی روتاتور کاف

به دنبال تروما یا بلند کردن ناگهانی جسم سنگین ایجاد می‌شود که با درد در حرکات ابداشون و چرخش خارجی مشخص می‌شود. تست افتادگی بازو (Drop arm test) به تشخیص روتاتور کاف کمک می‌کند؛ بازو رو تا ۹۰ درجه به صورت پاسیو ابداشون می‌کنیم و دستمون رو بر می‌داریم و از بیمار می‌خوایم که آروم دستش رو پایین بیاره، در پارگی روتاتور کاف دست بیمار می‌افته. پارگی روتاتور کاف رو با MRI، سونوگرافی و آرتروگرافی می‌شود تشخیص داد. درمان پارگی معمولاً نگهدارنده (conservative) است و اگر جواب نداد جراحی می‌کنیم.

تاندونیت کلسيفيه

معمولتاً بعد از ۴۰ سالگی و در اثر رسوب نمک‌ها (هیدروکسی آپاتیت) روی تاندون ایجاد شده که باعث درد ناگهانی و شدید در شانه می‌شود. تاندون ایجاد شده که باعث درد ناگهانی و شدید در شانه می‌شود. تاندونیت کلسيفيه معمولاً خود محدود شونده است و به NSAID و یا فیزیوتراپی جواب می‌دهد. اگر نداد آسپیراسیون و جراحی هم می‌توان انجام داد.

پنج تاندونیت بای سپس

تظاهرات تاندونیت بای سپس شامل درد در قدام بازو و درناودان بای سپیتال وجود داره و حرکات دردناک ابداشون و چرخش خارجی بازو است. در تست Yergason آرنج بیمار را ۹۰ درجه فلکس کرده و در مقابل سوپیناسیون ساعد مقاومت ایجاد می‌کنیم که باعث ایجاد درد در طول تاندون Biceps می‌شود. پارگی بای سپس

پارگی بای سپس می‌تواند به دنبال حرکات سنگین ایجاد شود که در فلکشن آرنج نمای و واضح ملوان زبل یا  (Popeye) را دارد. تست Yergason مثبت است.

مرد ۲۵ ساله ورزشکار با شکایت درد قدام آرنج در وضعیت فلکسیون ۹۰ درجه است، در معاینه، زمانی که در برابر سوپیناسیون دست، منجر به تشدید درد می‌گردد. تشخیص کدام است؟ (پرهاترنی شهریور ۹۶ - قطب اهواز)

- ۱ تاندونیت بای سپس
- ۲ تاندونیت ترازی سپس
- ۳ تاندونیت روتاتور کاف
- ۴ اپی‌کوندیلیت لترال

در پری آرتربیت توسینوویت دوکرون، محل حداکثر درد در کدام قسمت است؟ (پرهاترنی اردیبهشت ۹۶ - میان دوره‌ی اصفهان)

- ۱ استیلوبید رادیال
- ۲ استیلوبید اولنار
- ۳ اولین مفصل کارپومتاكارپال
- ۴ متاتارسوفالنژیال اول

پنج توسینوویت دکوروان (De Quervain)

این بیماری به دنبال التهاب غلاف مشترک دو عضله‌ی ابداشون دراز شست (Extensor pollicis brevis) و اکستانسور کوتاه شست (Abductor pollicis longus) در حرکات مکرر چرخشی مج دست ایجاد می‌شود. توسینوویت دکوروان معمولاً در خانم‌های باردار و یا خانم‌هایی که تازه باردار شده و بچه بغل می‌کنند دیده می‌شود که با درد، تورم و تندرنس روی زانده‌ی استیلوبید رادیوس همراه است.

۸	۷	۶	سؤال
الف	الف	د	پاسخ

۶۴) **تست فینکلشتاین (Finkelstein)** در تنوسینوویت دکوروان مثبت است؛ از بیمار می‌خوایم انگشت شستش رو کف دست قرار بده و بقیه انگشتان رو روی اون جمع کنه که انحراف دست به سمت اولنا باعث درد در ناحیه استیلولید رادیوس (ناحیه Anatomical snuffbox) میشه.

۶۵) درمان دکوروان شامل آتلیندی و استفاده از NSAID و تزریق گلوکوکوتیکوئید موضعی در موارد مقاوم یا شدید است.

۱) تست Finkelstein در کدامیک از بیماری‌های زیرمثبت است؟ (پرهانترنی اسفنده-قطب اهواز)

Calcific Tendinitis

Carpal Tunnel syndrome

Palmar fasciitis

DeQuervain's Tenosynovitis

۶۶) سندروم کارپال تونل

سندروم کارپال تونل به دنبال تحت فشار قرار گرفتن عصب مدیان چین عبور از تونل کارپال ایجاد می‌شود که با علائمی مثل درد مچ، پارستزی انگشتان اول، دوم، سوم و نیمه‌ی رادیال چهارم و آتروفی عضلات تنار همراه است. این سندروم در شرایطی مثل بارداری، ادم، ترومما، استئوآرتربیت، آرتربیت روماتوئید و ... بیشتر دیده می‌شود. دو تست معروف تینل (Tinel) و فالن (Phalen) با تحریک پارستزی انگشتان برای تشخیص بیماری استفاده می‌شوند.

۱) خانم باردار با درد مچ دست راست و پارستزی سه انگشت اول و نیمه‌ی رادیال انگشت چهارم مراجعه کرده است. سابقه‌ی بیماری زمینه‌ای ندارد. انجام کدام تست بالینی زیر در تشخیص بیماری ایشان کمک کننده است؟ (پرهانترنی تیر-۹۷-میاندوره‌ی کشوری)

PHALEN

FINKELSTEIN

BALLOTTEMENT

YERGASON

۶۷) کپسولیت چسبنده (Frozen shoulder)

کپسولیت چسبنده معمولاً در خانم بالای ۵۰ سال و در همراهی با بیماری‌های سیستمیکی مثل دیابت، MI، بیماری‌های مزمن ریوی و حتی بی‌حرکتی دراز مدت بازو ایجاد می‌شود. کپسول مفصل شانه ضخیم و گاهی فیروز شده که ممکن است اتفیلتراسیون سلول‌های التهابی هم دیده شود. کپسولیت چسبنده با درد و محدودیت حرکات مفصل شانه در تمام جهات و در تمام حرکات Active و Passive همراه است، درد معمولاً بیمار را از خواب بیدار می‌کند. کیس تیپیک کپسولیت چسبنده خانم دیابتی با محدودیت همه حرکات شانه و درد شبانه است. تشخیص با معاینه فیزیکی و تأیید با آرتروگرافی است. در گرافی ساده هم ممکن است استئوپنی دیده شود.

۱) خانم ۵۵ ساله با سابقه‌ی دیابت به علت درد شانه راست مراجعه کرده است. درد از ۴ ماه قبل شروع شده است. درد مداوم است و شبها نیز وجود دارد. در معاینه، محدودیت حرکات در تمام جهات وجود دارد. کدام تشخیص زیر مطرح می‌گردد؟ (پرهانترنی شهریور ۹۷-مشترک کشوری)

۱) بورسیت ساب آکرومیون

۲) کپسولیت چسبنده

۳) تاندونیت عضله‌ی دوسر

۴) پارگی تاندون روتاتور کاف

۶۸) درمان اصلی کپسولیت چسبنده

۱) فیزیوتراپی: درمان اصلی

۲) کاهش التهاب با NSAID و تزریق گلوکوکوتیکوئید موضعی.

پاسخ	د	ب	الف	ب	۱۱	۱۰	۹	سوال
------	---	---	-----	---	----	----	---	------

۱۷ بیمار آقای ۳۸ ساله‌ای است که با درد آرنج راست از ۳ هفته قبل مراجعه کرده است. درد وی با فعالیت و بلند کردن اجسام سنگین تشدید می‌شود. درد به ساعد تیر می‌کشد. در معاینه، تورم آرنج دیده نمی‌شود و دامنه حرکتی مفصل آرنج حفظ شده است ولی در قسمت خارجی آرنج، تندرنس موضعی وجود دارد. در ارتباط با درمان بیمار، کدامیک جایی در درمان بیماری ندارد؟ (پرهانترنی اسفند ۹۶- قطب شیراز)

۱۷ تجویز NSAID

۱۷ تزریق موضعی استروئید

۱۷ استفاده از اولتراسوند در موضع درد

۱۷ محدودیت در پروناسیون و اکستنیسیون مج

پاسخ اپی‌کندیلیت خارجی (Tennis elbow)

اکستنیس و سوینیسیون مکرر مج دست در برابر مقاومت (مثل تنیس بازان و حمل کنندگان چمدان) باعث درد، تندرنس و تورم محل اتصال تاندون مشترک عضلات اکستنیسور ساعد به اپی‌کندیل خارجی هومروس می‌شود. درد ممکن است به ساعد و مج دست کشیده شود.

۱۷ درمان اپی‌کندیلیت خارجی شامل:

۱۷ استراحت و پرهیز از حرکات تشدیدکننده (مثل اکستنیس و سوینیسیون) حتی گاهی آتل‌بندی و Sling.

۱۷ کاهش التهاب با NSAID و تزریق گلوکورتیکوئید موضعی.

۱۷ اولتراسوند و کیسه‌ی یخ و ماساژ

اپی‌کندیلیت داخلی (Golfer's elbow)

فلکشن و پروناسیون مکرر مج دست در برابر مقاومت (مثل گلف و بیس‌بال) باعث التهاب، پارگی و تندرنس در محل اتصال تاندون عضلات فلکسور ساعد و پروناتور تریس به اپی‌کندیل داخلی هومروس می‌شود. ممکن است مثل درد قلبی به ساعد و مج دست هم کشیده شود.

۱۷ بیمار آقای ۴۵ ساله‌ای است که با درد پاشنه‌ی پای راست مراجعه نموده است که به خصوص صبح‌ها بعد از بیدار شدن از خواب شدت دارد و با خشکی چند دقیقه‌ای همراه است. در معاینه تندرنس لوكال در مدیال پاشنه‌ی پای راست دارد. جهت وی چه اقدامی انجام می‌دهید؟ (پرهانترنی شهریور ۹۶- قطب آزاد)

۱۷ انجام رادیولوژی برای دیدن خارپاشنه

۱۷ CBC diff- ESR- RF- ANA

۱۷ ماساژ موضعی و مصرف NSAID

۱۷ مشاوره‌ی ارتپیدی جهت نیاز به جراحی خارپاشنه

پاسخ فاشیت پلانتار

از علل شایع درد کف پا در بزرگسالان است که به دنبال پوشیدن کفش تنگ، راه رفتن روی سطوح سخت، چاقی، کف پای صاف و در دوندگان ایجاد می‌شود. فاشیت پلانتار با تندرنس پاشنه‌ی پا و همینطور درد کف پای صبحگاهی همراه است که به دنبال چند قدم راه رفتن شروع و با پابرهنه راه رفتن یا بالا رفتن از پله‌ها تشدید می‌شود.

تشخیص فاشیت پلانتار بالینی است، ولی سونوگرافی، MRI و رادیوگرافی هم کمک می‌کند؛ ممکن است در رادیوگرافی خار پاشنه (spur) دیده شود که اهمیت تشخیصی زیادی ندارد.

۱۷ درمان شامل یخ، ماساژ، کفش طبی، باندаж شبانه، NSAID و تزریق موضعی گلوکورتیکوئید است.

۱۷ بیو برو سر تست تمرينی.

	۱۳	۱۲	سوال
	ج	د	پاسخ

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
فیرومویالژیا	غیرمهم	۰

۶۱) فیرومویالژیا یا سندرم درد بیشتر در خانم‌ها و در همراهی و یا به دنبال عفونت، آرتیت، بیماری‌های سایکولوژیک و ... دیده می‌شود. نکته‌ی مهم تشخیص فیرومویالژیا طبیعی بودن تمام بررسی‌ها و آزمایشات بیمار است. این بیماری با تظاهرات زیر همراهی دارد:

درد و تندرنس منتشر و مزمن عضلانی اسکلتی به خصوص به صورت قرینه در بالا و پایین کمر و اسکلت محوری، زانو، آرنج و ...؛ درد بیمار باید اغلب در روز و اکثر روزهای مدت حداقل ۳ ماه همراهش باشد.

۶۲) احساس خستگی در طول روز

۶۳) احساس خشکی طولانی مدت بدن

۶۴) اضطراب، افسردگی، عدم تمرکز، کاهش کیفیت خواب

۶۵) سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر، دیس‌منوره و میگرن در این بیماران شایع‌تر است.

اساس درمان بیمار مبتلا به فیرومویالژی کاهش عوامل استرس‌زا و بالا بردن کیفیت زندگی بیمار است. درمان دارویی بیمار هم باید در همین جهت باشد.

۶۶) مذاقوت دلاور، تموم شد! تست تمرینی هم بیفیال، برو سر ۷۰۰۰ تلفن بعدی ☺

بگذارید بنام انسان زندگی کنیم. بگذارید آنانی که در جست و جوی حقیقت طبیعت بودند

و هرگز انسان‌های مشابه نمود را اعدام نکردند را بیاد بیاوریم.

ستاره‌شناسان و شیمی‌دان‌ها هرگز زنگیر آهنهای بیوم نباختند، هرگز هفدهه‌ی تاریک زندان نساختند.

زمین‌شناسان هرگز اینزاری برای شکنجه و آزار ابداع نکردند.

فیلسوفان تئوری‌های حقیقی و حقیقت را با سوزاندن همسایگانشان به مردم ارائه ندادند.

آزاداندیشان و گراندیشان برهسته فقط برای نیکی مردمان و انسان‌ها زیسته‌اند.

#، ابرت اینگرسول

۱	سؤال
ج	پاسخ